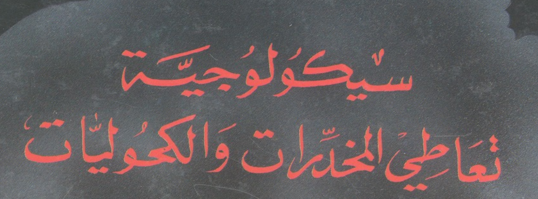
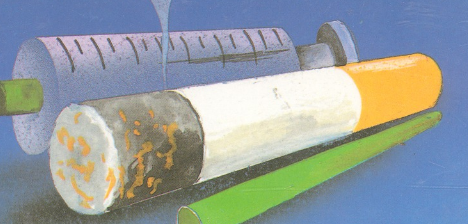


سيكولوجية تعاطي المخدرات والكحوليات

تأليف

الدكتور مصري عبد الحميد حنورة



الكويت

١٩٩٢ - ١٩٩٣

سيكولوجية
تعاطي المخدرات والكحوليات



سيكولوجية تعاطي المخدرات والكحوليات

تأليف

الدكتور مصري عبد الحميد حنورة

الكويت

١٩٩٢-١٩٩٣


بسم الله الرحمن الرحيم

تنفيذ وإخراج وطبع ذات السلاسل

يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ إِنَّمَا ٱلْخَمْرُ وَٱلْمَيْسِرُ وَٱلْأَنصَابُ وَٱلْأَزْلَٰمُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ ٱلشَّيْطَٰنِ فَٱجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ ﴿٩٠﴾ إِنَّمَا يُرِيدُ ٱلشَّيْطَٰنُ أَن يُوقِعَ بَيْنَكُمُ ٱلْعَدَٰوَةَ وَٱلْبَغْضَآءَ فِي ٱلْخَمْرِ وَٱلْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَن ذِكْرِ ٱللَّهِ وَعَنِ ٱلصَّلَوٰةِ فَهَلْ أَنتُم مُّنتَهُونَ ﴿٩١﴾

(سورة المائدة: ٩ و٩١)

فهرست الموضوعات

فهرست الجداول

فهرست الأشكال

(للمقارنة بين أداء مجموعات الدراسة مع المقاييس النفسية)

بسم الله الرحمن الرحيم

تصدير

مشكلة المخدرات والكحوليات من المشكلات التي أصبحت تمثل تهديداً خطيراً لصحة الفرد وكيان المجتمع ، وقد بدأت الجهات المختصة والأفراد الواعون في كل دول العالم ينبهون إلى خطورة الظاهرة .

وقد حظيت ظاهرة تعاطي المخدرات والكحوليات باهتمام الباحثين العرب (الهوراي ١٩٨٧ ، مصفر ١٩٨٥ ، الدمرداش ١٩٨٢ ، غالي ١٩٨٠ ، الفرحان ١٩٨٥ ، كمر ١٩٨٥ ، حنورة ١٩٨٦ ، Soueif et al 1980, 1988) .

والبحث الحالي عبارة عن وقفة مع ظاهرة تعاطي المخدرات والكحوليات في دولة الكويت ومحاولة للكشف عن ديناميات سلوك تعاطي المخدرات والخصائص النفسية للمتعاطي مقارنا بغير المتعاطي .

وقد تم اجراء الدراسة بتمويل من جامعة الكويت قدم إلى الباحث الرئيسي « الدكتور مصري عبد الحميد حنورة » من قسم علم النفس بكلية الآداب في جامعة الكويت وذلك من خلال مشروع البحث رقم AP001 لسنة ١٩٨٥ بعنوان « العلاقة بين الاعتماد على المخدرات والكحوليات وبعض خصائص السلوك المعرفية والحركية والوجدانية » .

وربما يكون من الضروري أن أوضح بعد هذه البداية أن هذا البحث ليس دراسة في فارماكولوجيا أو سيكوفارماكولوجيا المخدرات والكحوليات ،

ومن ثم فان حديثنا لن يكون موجها إلى مجال المكونات الكيميائية أو الدوائية لهذا العقار أو ذاك ، كما أنه لن يكون داخلا في مجال اهتمامنا تتبع رحلة المخدر أو العقار داخل الجسم وتفاعله مع أجهزته ، ولكننا من البداية نود أن نحدد هدفنا وهو أن دراستنا دراسة نفسية اجتماعية تهتم بسلوك التعاطي : بدايته ودوافعه ومتعلقاته الاجتماعية والنفسية ، وعموما فان عدم تركيزنا على الجوانب الفارماكولوجية والسيكوفارماكولوجية لن يشكل أية متاعب أو مصاعب أمام القارىء الذي ان كان مهتما بتلك الجوانب فسوف يجدها في مراجع أخرى متعدده بالعربية أشرنا إلى بعضها في صدر هذا الحديث ، ومن ثم فانه مطالب منذ البداية أن يكون مهيأ لأن يتلقى حديثا في علم نفس تعاطي المخدرات وليس في شيء آخر .

والباحث لا يسعه إلا أن يتقدم بالشكر والامتنان والتقدير إلى إدارة الابحاث بجامعة الكويت على رعايتها وتمويلها للبحث ويخص بالشكر الاستاذ الدكتور كاظم بهبهاني وأ . د . عبد الرسول الموسى والدكتور قرشي السيد والآنسة شادية العجيل والأستاذ أحمد ناجي والأستاذ أحمد مصطفى على جهودهم مع الباحث من أجل تذليل كل المصاعب وتيسير مسار البحث ، كما يتقدم بخالص الشكر إلى وزارة الصحة العامة والعاملين بمستشفى الطب النفسي بالكويت على التسهيلات التي قدموها للباحث والعاملين معه وإلى وزارة الداخلية الكويتية والعاملين بادارة تنفيذ الأحكام والسجون على تعاونهم الجدير بالتقدير .

كما لا يفوت الباحث أن يتوجه بالشكر إلى إدارة الحاسب الآلي بجامعة الكويت للتيسيرات التي قدمت للباحث ويخص بالشكر الاستاذ محمد عطارة مخطط البرامج والمستشار بالحاسب الآلي على الجهود البارزة التي قدمها طواعية واختياراً حباً في البحث وتجاوباً مع الباحث ، والذي عمل طوال فترة البحث كمستشار للحسابات العلمية بتجرد وإيجابية .

كذلك يشكر الباحث مجموعة الباحثين الميدانيين الاساتذة مجدي جوادي وثروت نوار وصابر يوسف وفوزية فرج وزهير القلاف على كل الجهود المتميزة

التي قدموها أثناء القيام بجمع المادة العلمية ومراجعتها .

كذلك يتقدم الباحث بالشكر إلى الآنسة شذى الأسدي على جهودها في إدخال البيانات إلى الحاسب الآلي .

كما يود الباحث أن يتقدم إلى أسرة قسم علم النفس بكلية الآداب بجامعة الكويت على المعاونة التي قدموها للبحث وللباحث وكذلك إلى عمادة كلية الآداب التي تحمست لإجراء البحث والمعاونة في تذليل العقبات والمصاعب التي واجهت الباحث .

وفي النهاية لا أملك وبأمانة إلا أن أهدي هذا الجهد إلى أفراد أسرتي الزوجية الأستاذة سعاد مكي والابنين وائل ووليد الذين عملوا طواعية ودون مقابل كجهاز للسكرتارية الإدارية والفنية للبحث ومن ثم لزم علي أن أقدمه إليهم رمزاً للعرفان والإمتنان .

والحقيقة أن الجهود التي ساهمت في إنجاز هذه الدراسة متعددة ولذلك فإنني لا أملك أن أعددها جميعاً ويكفي الجميع أن ثمرة جهودهم ها هي ترى النور بعد طول عناء ، وأخيراً وليس بآخر أرجو أن يكون هذا العمل كلمة في سفر المعرفة الجادة ولبنة في بناء الثقافة العربية المعاصرة .

والله ولي التوفيق . . .

د . مصري عبد الحميد حنورة

الكويت يوم الأربعاء ١٩ محرم ١٤٠٩ هـ ، ٣١ أغسطس ١٩٨٨ م .

الفصل الأول

مقدمة في تعاطي المخدرات والكحوليات وأضرارها

مع تعقد الظروف الإجتماعية وازدياد الأعباء النفسية والإقتصادية تظهر في أي مجتمع ظواهر من قبيل تعاطي المخدرات وإدمان الكحوليات وغير ذلك مما يدخل في باب الانحراف أو عدم السواء . ومجتمعنا العربي مجتمع غير مقطوع الصلة بغيره من المجتمعات .

والمجتمع الكويتي خصوصاً قد يكون أكثر اتصالاً بغيره من المجتمعات ، سواء تلك المتخلفة أو الأخرى المتقدمة . إما بسبب استقدام العمالة من أكثر من مائة دولة أو بسبب السفر للسياحة أو غير ذلك من الأسباب، ومع تزايد الاتصال وتعرض الشخص للتفاعل مع غيره من البشر تبدأ دوافع جب الاستطلاع والمشاركة وتجريب الجديد تلعب دورها في التعرض للمنبهات أو العادات التي تظهر في المحيط الإدراكي للإنسان ، وهكذا يجد الشخص نفسه وجهاً لوجه مع سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات سواء داخل الكويت أو خارج الكويت . ولا أريد في الموضع الراهن التعرض مباشرة لدوافع التعاطي ومقومات الاعتياد والاعتماد فهذا ما سوف نتعرض له في موضع تال ، ولكنني فقط أحاول أن أتلمس طريقي إلى بداية المشكلة .

والسؤال الذي يطرح نفسه مباشرة ، هل توجد في الكويت مشكلة اعتماد على المخدرات والكحوليات ؟

الإجابة عن هـذا السؤال بدقـة تحتاج إلى دراسـة مستقلة . ولقد قـام آخرون بهذا الجهد ، وهناك تقرير تقدم به الدكتور علي مصطفى بلال إلى ندوة المسكرات والمخدرات وعلاجها التي عقدت بهيلتون الكويت خلال شهر فبراير ١٩٨٤ (مجلس وزراء الصحـة لـدول الخليـج) بعنـوان : دراسـة مستقبليـة للمرضى الذين يتعالجون من مشاكل الإدمان . . ويقول الباحث في تقريره « لا شك أن الملاحظة الأولى هي أن لدينـا بالكـويت مشكلة إدمان (عـلى تناول الكحوليات) ، والدليل على ذلك وجود المرضى للعلاج من المشكلات المتعلقة بهذا الإدمان مثل : الجريمة وحوادث المرور وأمراض الكبد والأوعية الدمويـة والمضاعفات العائلية والنفسية ، علما بأن الحالات التي تصل المستشفى لا بد وأن تشكل نسبة ضئيلة من مجموع المدمنين والذين يمكن أن نطلق عليهم مجازاً المدمنين الأصحاء أي الذين لم تظهر لديهم مشاكل بعد للتعريف بهم » .

أما عن وجود مشكلة خاصة باعتياد تعاطي المخدرات الأخرى والاعتماد عليها فهذا ما تشير إليه حقيقة وجود نزلاء متعددين بسجن الكويت وفي كثرة عدد المترددين من المتعاطين على الأقسام العلاجية بمستشفيات دولة الكويت .

وقد أحس المسئولون بدولـة الكويت ببـوادر ظهور المشكلة مـع بدايـة الخمسينيات (الفرحان ، ١٩٨٥ ، ١٥) .

المشكلة قائمة إذن وموجودة ولا يهم أن تكون بسيطة أو مركبة ، أما عن حجم هذه المشكلة بدقة فهذا ما لا تتوفر تحت أيدينا في الوقت الراهن أدلة كافية للقطع حولها برأي نهائي . وليس من هدف الدراسـة الحاليـة التعرض لحجم الظاهرة وانتشارها ، ولكن الهدف الأساسي لها هو الإجابة عن السؤال الرئيسي التالي :

هل توجد فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين للكحوليات والمخدرات في الوظائف النفسية كالذاكرة والإدراك ، وفي مظاهر السلوك الحركي وغير ذلك من خصائص سلوكية ؟

والذي دعانا إلى وضع السؤال بهذه الصيغة هو ما يتردد في التراث العلمي أحياناً عن وجود فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في اتجاهات مختلفة وبأحجام متباينة وأحياناً أخرى عن عدم وجود فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين فيما يتعلق بأدائهم على بعض المقاييس المعرفية .

فعلى سبيل المثال اتضح أن الفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين للحشيش (على عينة مصرية) من ذوي التعليم العالي أضخم من تلك الموجودة بين المتعاطين وغير المتعاطين من الأميين ، حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين على المقاييس التي تقيس وظائف معرفية أو نفسية حركية بين فئتي الأميين ، وهو ما تم تفسيره على أساس أن درجة التعليم ترتفع بمستوى الفاعلية العقلية والحركية عندهم إلى مستويات أعلى مما يحدث بالنسبة للأميين وبالتالي فان التأثير في هذه الفاعلية المعرفية والحركية سيكون أكبر من التأثير الذي يمكن أن يحدث لدى الأميين الذين لم يحدث لهم من قبل ارتقاء في مستوى الفاعلية . (Soueif et al., 1980)

وهذه النتيجة نفسها تطرح أمام أعيننا المشكلة في إطارها الثقافي في صيغة السؤال التالي :

هل هناك فروق حضارية بين مجتمع ومجتمع فيما يتعلق بالتأثير الذي يحدثه الاعتماد على الكحوليات والمخدرات ؟

وهو التساؤل الذي يجعل من الأهمية بمكان عدم الاكتفاء بنتائج الدراسات التي تجري في بلدان أخرى باعتبار أنها تفسر وحدها طبيعة المشكلة ، فلكل ثقافة ظروفها الخاصة المتميزة التي تؤثر بدرجة أو بأخرى في التعامل مع معطيات الحياة ، وهو الأمر الذي يجعل من الضروري الإقرار بوجود عوامل متعددة ينبغي أن توضع في الاعتبار عند التصدي لدراسة احدى المشكلات النفسية ذات الجذور الاجتماعية ، ومن أهم هذه العوامل ثقافة البلد بكل ما تحويه من قيم وعادات وأنماط سلوك مميزة . . . الخ بما يؤثر في تيسير أو عدم تيسير عادات التعاطي ، وهو نفس الأمر الذي يمكن أن يعتمد عليه صانع سياسات المكافحة والمقاومة .

عموما فلقد وجد أن التصدي لدراسة الظاهرة في المجتمع الكويتي أمر له ما يبرره ويستحق ما يمكن أن يبذل فيه من جهد .

وقد يكون من المناسب قبل التعرض للدراسة التي سوف نقوم بعرض اجراءاتها ونتائجها فيما بعد تقديم نبذة مختصرة عما هو مقصود بتعاطي الكحوليات والمخدرات .

تعاطي المخدرات والكحوليات :

هل مصطلح تعاطي المخدرات من أنسب المصطلحات استخداما خاصة وأن هناك مصطلحات أخرى مثل الإدمان Addiction والاعتمادية Dependence والاستخدام Use وسوء الاستخدامAbuse ؟ .

الحقيقة أن مسألة المصطلح ليست ذات أهمية جوهرية في السياق الحالي حيث أن هناك شبه اتفاق اجرائي على المقصود في الدراسات بمصطلح الإدمان وهو سوء الاستخدام ، وهو التعاطي المنتظم دون وصفة من الطبيب والاعتماد على المخدر وظهور أعراض انسحابية عند الحرمان منه .

ويشير البعض إلى أن الادمان مرتبط أساساً بنشأة متغيرات في الجسد ، وتذهب جيرالدين وودز في مؤلف حديث لها بعنوان "Drug use and drug abuse, 1986,p.13" الى أن هناك عادات مرتبطة بالمخدر يظهر أنها جسمية ، وهذه العادات الجسمية تسمى ادمانا ، فبعد استخدام عقار معين (مرات متعددة فيما بعد) يتعوده الجسم ، بحيث أن العقار يصبح جزءاً من التكوين الكيميائي للجسد ، وبدون المخدر فان الإنسان يشعر أن جسده غير عادي .

والامفيتامينات مثال جيد لهذه العقاقير ، فهي منشطة للجسم وفي المرات الأولى التي يأخذ فيها المتعاطي العقار لا يرغب في النوم ثم بعد ذلك (بعد مرات متعددة من التعاطي) يبدأ ينام بشكل طبيعي . والحقيقة أن المتعاطي يبدأ يحس بصعوبة النوم إذا لم يتوافر العقار .

ولكي نقف مع القارىء على أرضية مشتركة فسوف نقدم من البداية تعريفاً لبعض المصطلحات المتعلقة بالعقاقير وأنواعها واستخدامها وسوء استخدامها حتى لا يجد القارىء نفسه أمام مصطلحات يدور حولها جدل من نوع أو آخر .

وقد آثرنا أن يأتي ذلك في البداية لنوفر على القارىء مشقة قد يتعرض لها إذا لم تتوفر له المعرفة المبدئية ببعض الحقائق الخاصة بالدراسة .

تعريف ببعض المفاهيم والمصطلحات

إدمان Addiction

هو عادة لا يستطيع معها مستخدم العقار أن يتوقف عن التعاطي بدون أن يعاني من أعراض انسحابية Withdrawal symptoms ، والإدمان يمكن أن يكون بدنيا أو نفسيا أو هما معا . والمدمن لمخدّرٍ ما عادة يكون تحملا Tolerance للعقار .

الكحول Alchol

هو عقار يوجد في النبيذ والبيرة والمشروبات الروحية الأخرى . وإدمان الكحول يسمى كحولية Alcholism .

الأمفيتامينات Amphetamines

هي العقاقير التي تنبه وتنشط الجهاز العصبي .

المضادات الحيوية Antibiotics

هي العقاقير التي تقتل أو تضعف جرثومات بكتيرية معينة .

الباربتيورات Barbiturates (المنومات)

هي العقاقير التي تبطىء من نشاط الجهاز العصبي المركزي وتستخدم للانخراط في النوم .

المهدئات Downers or Depressants

هي العقاقير التي تؤدي إلى البطء أو تهدئة أو خفض نشاط الجهاز العصبي للجسم ، والمسكنات Sedatives ، والمهدئات Tranquilizers تعتبر من تلك العقاقير .

العقاقير Drugs

هي مواد كيميائية حينما تدخل إلى الجسم فانها تؤدي إلى تغيير العمليات الجسمية العادية .

الهلوسة Hallucination

هي عبارة عن احساسات (مثلا رؤية أو سماع أو شم) لأشياء معينة غير موجودة في الواقع .

مخدرات Narcotics

هي عبارة عن مجموعة خاصة من المخدرات المسكنة للآلام التي تؤدي إلى إدمان مرتفع ، ومعظمها مصنع من أزهار بعض النباتات Poppy Flowers ، كما أن هناك بعضها مصنع في المختبرات .

وسوف يتم استخدام مصطلح المخدرات في هذا الكتاب للإشارة إلى جميع المواد المؤثرة في الأعصاب .

العقاقير الترويحية Recreational Drugs

هي العقاقير التي تؤخذ من أجل الحصول على الأثر السار الذي يحدثه تعاطيها ، وهي أيضا ليست العقاقير التي تؤخذ كعلاج .

المهلوسات Hallucinogens

هي العقاقير التي تؤدي إلى حدوث الهلوسة .

المسكنات Sedatives

هي مواد تؤثر في الأعصاب وتؤدي إلى حالة هدوء وربما إلى انخراط في النوم .

أثر جانبي Side Effect

هو عبارة عن تأثير للعقار على الجسم لم يكن مقصودا إحداثه عند تعاطي العقار .

منبهات Uppers and Stimulants

الأمفيتامينات هي عقاقير تنبه أو تثير Excite الجهاز العصبي .

الطباق (التبغ) Tobacco

أوراق تحتوي على عدد من العقاقير ، وهي غالبا ما تدخن .

تحمل Tolerance

هي عبارة عن حالة يصبح معها الجسم أقل هدوء أو سكونا مع تعاطي العقار لأنه سبق تعاطيه من قبل ، وحينها يتحقق التحمل فان مزيداً من المخدر يكون مطلوباً من أجل تحقق الأثر المطلوب .

المهدئات Tranquilizers

هي عبارة عن العقاقير المهدئة .

أعراض انسحابية Withdrawal Symptoms

هي عبارة عن أعراض جسمية يعايشها الإنسان المدمن عندما يوقف تعاطي المخدر الذي أدمنه . (Woods, 1986) .

الاعتماد Dependence

عرفت هيئة الصحة العالمية الاعتماد بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج

عن تفاعل الكائن الحي مع العقار ومن خصائص هذه الحالة استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية ، وذلك من أجل الشعور بآثاره النفسية أو من أجل تجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره . وقد يعتمد المتعاطي على أكثر من مادة واحدة . ويميل الشخص إلى زيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعوّد الجسم على العقار ، كما أن هناك أعراضاً نفسية وجسمية مميزة لكل عقار عند الامتناع عنه فجأة . (الدمرداش ١٩٨٢ ص ٢٣) .

التعود Habituation

هو الاعتياد على تعاطي العقار مع وجود رغبة في الاستمرار في التعاطي لما يسببه من شعور بالراحة ، والإبقاء على نفس الجرعة ، مع تكون قدر معين من الاعتماد النفسي وعدم حدوث الاعتماد العضوي . (نفس المرجع ونفس الصفحة) .

الاعتماد النفسي والاعتماد العضوي

هي حالة تنتج عن تعاطي المادة وتسبب الشعور بالإرتياح والإشباع وتولد الدافع النفسي لتناول العقار بصورة متصلة أو دورية لتحقيق اللذة . أو لتجنب الشعور بالقلق . أما الاعتماد العضوي فهو حالة تكيف وتعود الجسم على المادة بحيث تظهر على المتعاطي اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة .

ومن العقاقير التي تسبب الاعتماد النفسي المنشطات والكوكايين والقنب (الحشيش) وعقاقير الهلوسة والقات والطباق (التبغ) والقهوة والمسكنات والمستنشقات .

أما العقاقير التي تسبب الاعتماد النفسي والعضوي فهي الخمر والمنومات والمهدئات والأفيون ومشتقاته ، ويشير الباحثون في مجال الفارماكولوجيا النفسية Psycho Pharmachology الى أنه لا توجد عقاقير للاعتماد العضوي فقط بدون أن يسبقه الاعتماد النفسي . (نفس المرجع السابق)

التعاطي (أو الاستهلاك) Consumption

يشار بهذا المفهوم إلى قيام الفرد بادخال عقار معين إلى جسمه سواء عن طريق الفم أو الاستنشاق أو الحقن . والتعاطي قد يكون مزمنا أو غير مزمن كما يكون إدمانا أو لا يكون ، وقد يكون تعوداً أو مجرد سلوك عارض .

ولـذلك فـان كلمة تعـاطي ، كلمة شـاملة ـ لسلوك استخـدام وسـوء استخدام Using and abusing ـ المواد المؤثرة في الأعصاب .

والدراسة الحالية تهتم بسوء استخدام المخـدرات والكحـوليـات أي المواد المؤثرة في الأعصاب دون أن يكون هذا الاستخدام نتيجة وصفة طبية (أي وفقا لبرنامج علاجي يهدف إلى جعل المتعاطي يقلع عن السلوك الاعتيادي على العقار) .

أضرار تعاطي المخدرات والكحوليات

لا يستطيع أحد أن يشكك في أن المخدرات والكحوليات ذات أثر ضار على متعاطيها . وقد توافرت النتائج التي كشفت عن تلك المضار سواء عـلى الحيوان أو الإنسان ، في مختلف بلدان العالم (Soueif et al. 1980) .

ومن الممكن لمن يقوم بفحص التراث العلمي الخاص بتعاطي المخدرات والكحـوليات أن يتـأكد بمـا لا يدع مجـالا للشك من أن تعـاطي المخـدرات والكحوليات له تأثيره الضار على الفرد من نواح متعددة ، من قبيـل ذلك : القلق والانقباض وعدم الاستقرار الوجداني ، خاصة في ظل الحرمان من المادة المخدرة ، وعند المزمنين Chronics يتزايد الضرر مع تزايد درجة التعلم ويكون في أقل درجاته بين الأميين ، ومن بين الوظائف النفسية الحركية التي يصيبها الضرر بسبب تعاطي المخدرات (والحشيش على وجه الخصوص) تدهور مهارة اليدين والأصابع والتآزر الحركي وسرعة الاستجـابة . أمـا من حيث الضرر الذي يصيب الوظائف المعرفية فهو يتركز في خلل الإدراك والتذكر ودقة تقدير الزمن والأطوال . (Soueif et al, 1980) .

وقد اتضح بشكل عام أن غير المتعاطين أفضل أداء على المقاييس التي تقيس هذه الخصائص المعرفية والنفسية والحركية . (Ibid) .

وقد ظهر من مجموعة الدراسات التي أجريت في إطار نشاط هيئة بحث تعاطي المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة أن انتشار التعاطي لم يعد يقتصر على فئة اجتماعية دون أخرى أو على مخدر دون آخر . (حنورة وآخرون ، ١٩٨٠ أ ، ١٩٨٠ ب ، Soueif et al, 1980 Soueif et al, 1982 a,b) فقد شاع التعاطي بين العديد من الفئات لجميع أنواع المخدرات ، وهو الأمر الذي أصبح يمثل تهديداً خطيراً لطاقات المجتمع المهدرة بسبب هذا السلوك الوبائي الذي بدأ يغزو الأولاد الصغار ممن لا يتجاوزون الخامسة عشرة من العمر من بين من تلاميذ المدارس الثانوية وهو الأمر الذي تم الكشف عنه من خلال دراسة على خمسة آلاف من الذكور بالمدارس الثانوية العامة بالقاهرة الكبرى ، وذلك باستخدام استخبار مقنن يتضمن عدداً من الأسئلة التي تهدف للكشف عن شكل انتشار التدخين وتعاطي المخدرات بين هؤلاء الطلاب .

وقد كشفت الدراسة عن استخدام سيء للمواد المخدرة بين نسبة كبيرة من الطلاب الصغار بشكل يدعو إلى الحذر والحيطة .

وحين يربط ذلك بما ورد في الدراسات السابقة عن الضرر الذي يصيب المتعاطي والمتعاطي المتعلم على وجه الخصوص ، والذي يبدأ مبكراً في التعاطي على وجه أخص لأدركنا مدى الضرر الذي يلحق ليس بالأفراد فحسب ولكن بالمجتمع أيضاً بسبب انتشار هذه الظاهرة الخطيرة . (Soueif et al., 1982, a,b) .

ومن الدراسات التي أشارت إلى عدد من الأضرار المترتبة على تعاطي المخدرات والكحوليات دراسة ليون تيك (Tec., 1972) والتي كشف فيها عن وجود زملة أطلق عليها اسم زملة ستاكاتو Stacatto Syndrome تميز سلوك المتعاطين الصغار . ومن أعراض هذه الزملة ما يشبه أعراض الفصام ، ولكن مع الاحتفاظ بعلاقات مع الأقران من تقلبات في المزاج وبعض الهلوسات مع

بعض الاضطراب في التخاطب اللفظي . وهذا النمط من السلوك متقطع وغير مترابط . ويشير الباحث إلى وجود فروق كثيرة في الشخصية والصحة العقلية بين المتعاطي وغير المتعاطي في اتجاه التدهور وسوء التوافق لدى المتعاطين من بين طلاب المدارس والجامعات .

وفي دراسة أخرى نشرها بوجليس سنة ١٩٧٣ (Pugliese, 1973) استعرض نتائج ما توفر له من البحوث التي نشرت خلال عشر سنوات منذ سنة ١٩٦٣ حتى ١٩٧٣ عن تأثير تعاطي المخدرات على التعلم والذاكرة . وكما هو معروف فهما من أهم العمليات المعرفية ، فقد وجد مثلاً ما يشير إلى أن تعاطي عقار ل س د (LSD) والماريجوانا (الحشيش) يضعف الذاكرة والتعلم .

ومن الدراسات التي أشارت إلى التأثير الضار للماريجوانا على الذاكرة دراسة تينكلينبرج التي نشرها سنة ١٩٧٠ (Tinklinberg, 1970) وكذلك هناك ما يشير إلى تأثر الإدراك الشخصي في اتجاه التدهور كما قرر كيبلنجر . ومن ناحية أخرى تشير دراسة جيلبرت (Gilbert, 1970) إلى أن القدرات العقلية تتدهور بسبب تعاطي الحشيش . وقد أشارت بعض الدراسات ، كما يقرر بوجليس ، إلى أن الحشيش أكثر ضرراً من بعض المخدرات المركبة .

وفي دراسة أجراها ميهندراتا وويج ، (Mehendiratta and Wig, 1975) ظهر وجود آثار ضارة على الانتاجية وسوء توافق عائلي ونوبات سلوك عدواني ، كما ذكر الباحثان وجود مستوى محدود للأعراض العصابية .

وقد كشفت دراسة ميشيل كيلي وفرانك سامون عن أن نسبة كبيرة من المتعاطين تركوا الدراسة ولم يعملوا بل ظلوا متعطلين ، ومنهم من ارتكب أفعالاً ترتبت عليها قضايا تنظر أمام المحاكم (Kelly and Samon, 1975) .

وفي دراسة هارمون (Harmon 1973) عن الاغتراب Alienation بين طلاب الجامعات وتعاطي المخدرات ، تم الكشف عن أن الزيادة في الاحساس بالاغتراب تتناسب طرديا مع الزيادة في التعاطي .

كذلك كشفت دراسة بنتيلا وزملائه (Pentilla et al. 1975) عن وجود علاقة بين تعاطي المخدرات وتدهور الوظائف النفسية الحركية .

أما دراسة شوبرا الهندية (Chopra, 1972) فهي تشير إلى أن هناك اتجاها نحو زيادة التعاطي طرديا مع زيادة درجة الحضرية والتقدم الصناعي .

أما عن التحصيل الدراسي فقد اتضح ، كما يذكر كاربين وبوست (Carbin and Post, 1974) وجود نوع من اللامبالاة في كفاءة التحصيل وفقدان الرغبة في الإنجاز أو في المنافسة .

وفي دراسة أجراها ماكنامي وزملاؤه سنة ١٩٧٦ (Mcnamee et al. 1976) اتضح وجود آثار للتعاطي المزمن للأفيون تتمثل فيما يلي :

١ - عجز جسماني وقلق وانقباض يترتب مباشرة على التعاطي المزمن للأفيون .
٢ - مع استمرار التعاطي للأفيون يتزايد بروز هذه المتغيرات .
٣ - كذلك يزيد الميل إلى العزلة الاجتماعية .
٤ - ربما أدى تعاطي الهيروين - في المدى القصير - إلى خفض للتوترات الداخلية لدى المتعاطي ، ولكن التعاطي المزمن Chronicity يؤدي إلى الاحساس بخبرات ومشاعر غير مبهجة .

أما بالنسبة لتعاطي الكحوليات فقد ظهر من دراسة حديثة أجريت في الاتحاد السوفيتي أن المتعاطين (كثيفي التعاطي Heavy Drinkers) يكون أداؤهم أسوأ من أداء ذوي التعاطي الوسط أو الخفيف في القدرات العقلية ، وتتسق هذه النتائج مع نتائج دراسات أخرى أجريت في جهات متعددة من العالم كدراسات ميجليولي ١٩٦٩ ورايان وبونرز ١٩٨٠ وفيشيلي وزملائه ١٩٨٢ . بينما لا تتسق النتائج مع ما توصلت إليه نتائج أخرى (Valdman and Zavartak, 1982; Waal, Holstein, 1980; Valdman, 1986) والأمر بهذا الشكل يحتاج علمياً إلى مزيد من الفحص ، خاصة مع اختلاف الأدوات المستخدمة وخصائص المتعاطين .

الفصل الثاني

دوافع تعلم واعتياد تعاطي المخدرات والكحوليات

مقـــدمـــة

يستطيع المتتبع للدراسات المنشورة عن تعاطي المخـدرات في السنوات الأخـيرة أن يخرج بنتيجـة ليس عليها خـلاف ، ألا وهي أن سلوك تعـاطي المخدرات آخذ في التزايد ، وأن هذا التزايد لا تختص به بلد دون أخرى ، بل أنه يشمل بلدانا من العالم الثالث ، كما أنـه يمتد أيضـاً ليشمل بلدان أوربـا وأمريكا (Soueif et al. 1982; Edwards and Arif, 1980) ويترتب على هذه النتيجة ، أو يقترن بها ، نتائج أخرى ، لعل من أبرزها أن التعاطي لم يعـد قاصراً على المخدرات الطبيعية (غير المخلقة) بل لعل الأخطر منه هو تعاطي المخدرات المصنعة كأدوية لعلاج بعض الأمراض ، والتي انحرف استخدامها إلى مـا يشبه الاعتـماد النفسي والبدني Psychic and Physical Dependence الذي يدفع صاحبه ليس فحسب إلى البحث عن المخدر الذي اعتاده ، ولكن إلى زيادة الجرعة لمواجهة تناقص الأثر الذي كانت تنتجه الجرعة المعتادة ، بل وإلى البحث عن مخدرات أخرى ، يتصور المعتاد (المتعاطي) أنها أقوى تأثيراً وأكثر فاعلية (لمزيد من التفاصيل أنظر WHO Expert Techn. Rep. No. 528 (1973); 618 (1976)) .

دوافع التعاطي

وقد تكون نقطة بدء ملائمة ، لسياق حديثنا هذا ، أن نبدأ باستعراض نتائج بعض الدراسات التي كشفت عن الدوافع التي تدفع الفرد إلى تعاطي

المخدرات ثم نتقدم بعد ذلك خطوة لنرى ماذا يمكن فعله لمواجهة هذه الدوافع ، وذلك من خلال استعراض النتائج التي كشفت عنها أيضا الدراسات الامبريقية .

ومن الممكن تقسيم أسباب ودوافع التعاطي إلى ثلاث فئات هي :

١ ـ أسباب البدء في التعاطي .

٢ ـ أسباب الاستمرار في التعاطي .

٣ ـ أسباب العودة إلى التعاطي بعد التوقف عنه .

وسوف نعتمد في استعراضنا لهذه الأسباب على نتائج الدراسات العربية والتي تم اجراؤها في مصر ونشرت عنها تقارير علمية بدءاً من سنة ١٩٦٠ وحتى ١٩٨٨ .

(أ) أسباب بدء التعاطي

في عدد من الدراسات المتتالية أجريت بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية الجنائية بمصر على عينات متنوعة من متعاطي المخدرات ، وخاصة الحشيش والأفيون وردت النتائج التالية ، التي تتعلق أساسا بأسباب ودوافع البدء في تعاطي المخدر :

١ ـ التشبه بمجموعة من المتعاطين شكلوا بالنسبة للبادىء الجديد جماعة ضغط واغراء وتيسير .

٢ ـ البحث عن البهجة .

٣ ـ تقليد سلوك الكبار (خاصة إذا كان المتعاطي صغير السن) .

٤ ـ محاولة نسيان المشكلات الشخصية .

٥ ـ محاولة التغلب على حالة الاكتئاب .

٦ ـ تقليد الآخرين .

٧ ـ حب الاستطلاع ومحاولة التعرف على حقيقة ما يشعر به المتعاطي .

٨ ـ إعتقاد بشفاء بعض الأمراض .

٩ ـ لزيادة الكفاءة الجنسية .

وتتسق هذه النتائج التي كشفت عنها الدراسات المصرية المتابعة (هيئة

بحث تعاطي الحشيش ، ١٩٦٠ ، ١٩٦٤ ، حنورة ومن معه ١٩٨٠ ، Soueif et al, 1980) مع نتائج الدراسات الغربية التي توصل إليها باحثون أجـروا دراساتهم في مجتمعات أخرى ومنهم على سبيل المثال لويس (Lewis, 1986) وماجلوثلين ومن معه (Mc Glothlin et al, 1970) .

والدوافع والأسباب المشار إليها ، وإن كانت ذات وجه سلوكي يتمثل في الدافعية الى التعاطي ، إلا أن هذا لا ينفي وجود أساس سيكاتري يمكن أن يلعب دوراً جوهرياً في قهر المتعاطي على اللجوء إلى المخدر ، وهو ما يمكن أن تبرزه فئات الشباب المشار إليها فيما سبق ، خاصة فيما يتعلق بمحاولة التغلب عـلى حـالـة الاكتئـاب والاعتقـاد بـأن المتعــاطي يمكن أن يشفى من بعض الأمراض ، وكذلك فيما يتعلق بالاعتقاد بأن تعاطي المخدرات يمكن أن يزيد من الكفاءة الجنسية للمتعاطي .

فإذا أضفنا إلى هذه الأسباب ما كشفت عنه دراسة حديثة تم اجراؤها على طلاب الجامعة في مصر (حنورة ، ١٩٨٣) ، إذا أضفنا إلى ذلك اتجاهات طلبة وطالبات الجامعة نحو التعاطي لرأينا أن الجانب البدني يمكن أن يكون سبباً للجوء إلى الإنخراط في التعاطي ، حيث اتضح من استقراء اتجاهـات بعض الطلاب المتعاطين أن المخدرات وخاصة الحبوب المختلفة تسـاعد عـلى تحمل المذاكرة وتنشيط القـدرة على بـذل الجهد ، وقـد أشار إلى هـذا المعنى حوالي ٢ر١٦٪ من مجموعة طلبة الجامعة اجابة على سؤال عما إذا كان تعاطي المخدرات يساعد على تنشيط العقل (ت=٧ر٩ ، ن= ١٢٤ : غير متعاط ، ٢٤ متعاط ، المتوسط ٣ر٧ مقابل ٢ر٣ لغير المتعاطين ، ع١ ، ع٢ = ٢ر٣، ١ر٢ على التوالي).

(ب) أسباب ودوافع العودة إلى التعاطي بعد الانقطاع

١ ـ بسبب ضغط الظروف وإلحاح المناسبة .

٢ ـ لمعالجة المشكلات الشخصية .

٣ ـ لقضاء وقت الفراغ .

٤ ـ ولأن (الحشيش) أقل ضرراً من بعض المواد المخدرة الأخرى .

٥ ـ للبحث عن المتعة وطلباً للبهجة (Soueif et al, 1980.P.67) .

ومرة أخرى نجد أن طلب المتعة والهروب من المشكلات وقضاء وقت الفراغ ، وانسياقا وراء اغراء الظروف هي نفس الأسباب والدوافع التي جرّت إلى البدء في التعاطي . وتتسق هذه النتيجة مرة أخرى مع النتائج التي توصل إليها باحث كبير هو ماجلوثلين ومن معه (McGlothlin et al, 1970) .

(ج) أسباب ودوافع الاستمرار في التعاطي

أشار المفحوصون في الدراسة المصرية إلى أن الدوافع التي تدعوهم إلى الاستمرار في التعاطي هي :

١ ـ مشاركة الأصدقاء .

٢ ـ التشبه بالرجال .

٣ ـ الرغبة في نسيان المشكلات الشخصية .

٤ ـ التخلص من حالات الاكتئاب .

٥ ـ معالجة بعض الأمراض الجسمية .

٦ ـ زيادة الكفاءة الجنسية (Ibid, 1980, P 67-68) .

ومن الواضح أن أسباب العودة إلى التعاطي تشبه أسباب البدء في التعاطي ، كما أنهما يشبهان أيضاً أسباب ودوافع الاستمرار في هذه العادة مما يدفعنا إلى الاعتقاد بوجود زملة متماسكة من الدوافع إلى التعاطي ، والعودة إليه والاستمرار فيه .

هذا فيما يتعلق بسلوك تعاطي الحشيش ، وهو ما يمكن أن يشبه في جانب منه سلوك تعاطي المخدرات الأخرى في بعض نواحيه ، تلك المخدرات التي تحمل معها دواعي وأسباَب وتيسيرات تجعل الحصول عليها أمراً أكثر وروداً وإلحاحاً .

وعلى العموم فإن سلوك تعاطي المخدرات لا يمكن تفسيره في إطار مجموعة من الداوفع والظروف التي تهيىء للفرد مناخ التعاطي حيث أن هناك كثيراً ممن يوجدون في نفس ظروف المتعاطي ، ولكنهم لا يقعون فريسة لذلك السلوك مثلما يحدث لُلمتعاطين ، ومن ثم فان علينا ألا نتسرع في استنتاج أن سلوك التعاطي يتم لمجرد وجود ظروف أو مناسبات أو دوافع معينة تدفع إلى

التعاطي ، ولكن الأمر يحتاج إلى نظرة أكثر واقعية تضع في اعتبارها خصائص واستعدادات المتعاطي والظروف الاجتماعية المحيطة بـالمتعاطي وامكـان توفـر العقار من عدمه .

نمذجة التعاطي Drugabuse Modeling :

اتضـح عـبر العـديـد من الـدراسـات أن سلوك تعـاطي المخـدرات والكحوليات يبدأ بالتقليد والمحاكاة ، ويأتي التقليد والمحاكاة غالبا لأفراد يحتلون منزلة مقبولة لدى المبتدىء ، فإذا ما توفرت الظروف المواتية فإن عملية النمذجة تصبح أمراً محتملاً .

وقد اتضح من نتائج بحوث عديدة أنه حين يوجد شخص في الأسرة يتعـاطى المخـدرات فمن المـرجـح أن ينخـرط الشخص المبتـدىء في سلوك التعاطي ، إما تقليداً للشخص الأكبر أو بتشجيع من هذا الشخص أو عـلى الأقل بتسامحه أو بإغماض عينيه (Soueif et al, 1980, P. 23) ، فإذا ما وجد هـذا النموذج المتسـامح فـإن هناك عـدة احتمالات لعـل من أهمها البـدء ثم الاستمرار في المحاكاة أو في المشاركة ثم الاستقلال بعادة التعاطي ، خاصة مع وجود مدعمات إيجابية أو سلبية تدفع إلى التعاطي (Valdman and Zavrtau, 1982) .

وعـلى ذلـك فـإنـه من الممكن الإشـارة إلى أن الانخـراط في سلوك تعـاطي المخدرات يعتمد على التفاعل بين العوامل التالية :

١ ـ وجود خصائص ذاتية تدفع الفرد إلى التعاطي لعل من أبرزها الحاجة إلى المتعة أو نسيان الهموم أو التخلص من القلق والتوتر والاكتئاب ، بالإضافة إلى سـمات شخصية قـد يتميز بهـا الفـرد تكـون بمثـابـة استعـداد وتهيؤ للتعاطي ، هذا بالإضافة إلى استعدادات بيولوجية بمعينة .

٢ ـ وجود ظروف اجتماعية مهيئة لسلوك التعاطي ومن أبرزها وجود النموذج والقدوة .

٣ ـ وجود المخدر في متناول الفرد المتعاطي بشكل أو بآخر .

الفصل الثالث

اتجاهات طلاب الجامعة نحو تعاطي المخدرات

قام الباحث بإجراء دراسة عن اتجاهات طلاب الجامعة نحو تعاطي المخدرات والكحوليات باستخدام عينة من طلاب جامعة المنيا في مصر (حنورة ١٩٨٦) وفيما يلي عرض لجانب من نتائج تلك الدراسة .

تم تطبيق مقياس الإتجاه نحو تعاطي المخدرات على ٢٦٠ طالبا وطالبةً وتم تحليل البيانات التي تم الحصول عليها وهي تخص ١٦ بندا ، كل بند منها تمت معاملته باعتباره مقياسا مستقلا يستجيب له الطالب بتحديد رأيه فيه بدرجة تتراوح ما بين صفر ، ٩ والدرجة (صفر) تعني عدم الموافقة إطلاقا وتعني الدرجة (٩) الموافقة التامة كما تعني الدرجة (٥) أن الذي يقبلها لا يقبل ولا يرفض الفكرة أي أنه ذو نظرة محايدة تجاه ما تعنيه العبارة .

وفيما يلي نتائج التحليلات وتضم :

١ ـ المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل بند .

٢ ـ مصفوفة العوامل من الدرجة الأولى .

٣ ـ مصفوفة العوامل من الدرجة الثانية .

وقد رؤي أنه لا ضرورة لعرض مصفوفة الارتباط حيث أن المصفوفة العاملية سوف تكشف عن طبيعة هذه الارتباطات واتجاهاتها .

جدول رقم (١)
المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود الاتجاه نحو تعاطي المخدرات (عينة طلاب الجامعة بمصر)

م البند*	المتوسط	الانحراف المعياري	م بند	المتوسط	الانحراف المعياري
١	٧,٧٠٠	٢,٥٨٢	٩	٤,٠٩٦	٣,٧٦٤
٢	٧,١٦٥	٢,٦٥٢	١٠	٣,٤٠٠	٣,٧٦٨
٣	٧,١٩٢	٢,٧٣٣	١١	٨,٠٠٧	٢,٦٢٥
٤	٣,٨٩٢	٣,٠٦٩	١٢	٧,٨٠٣	٢,٣٨٣
٥	٧,٢٦١	٢,٧٤١	١٣	٧,٣٦٩	٢,٥١٨
٦	٣,٦٦٥	٣,٥٢٧	١٤	٦,٥٥٣	٣,٠١٤
٧	١,٦٤٧	٢,٦٧٧	١٥	٧,٤١٥	٢,٥٥٣
٨	٢,٤٣٨	٣,٥٧٩	١٦	٧,٢٧٣	٢,٦٦٤

(*) انظر بنود المقياس في الملحق المرفق « الجزء الثاني »

ويلاحظ أن البنود التي استحوذت على موافقة الغالبية هي البنود ١ ، ٢ ، ٣ ، ٥ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ ، ١٥ ، ١٦ ، وهي البنود التي تؤكد على التأثير الضار للمخدرات على الصحة وعلى الاتجاه نحو المتعاطين والتأثير الضار للمخدرات على الأسرة وتحمل المسؤولية ، وأنه يؤدي إلى سوء الخلق والسلوك الإجرامي ، كما أنه يؤدي إلى تدهور صحة المتعاطي وعدم قدرته على بذل الجهد .

ويعرض الجدول التالي مصفوفة العوامل المستخلصة بواسطة التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج وذلك بعد حساب الارتباطات بين بنود المقياس الستة عشر قبل تدوير المحاور .

جدول رقم (٢)
مصفوفة عوامل الدرجة الأولى قبل التدوير*
(في عينة الطلاب بمصر)

رقم البند	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث
١	٧٦٦	-١٩١	-٠٨٠
٢	٧٨٩	-٠٧٥	٠٠٥
٣	٧٣٧	-٢٠٥	-١٥٨
٤	٣٢٦	٣٩٢	٤٤٣
٥	٧٠٢	-٠٤٠	-٠٠٣
٦	٣٣٩	٦١٠	٠٤٧
٧	٠٤١	٦٢٥	٤٧٧
٨	١٥١	٤٠٩	٣١٢
٩	٢٨٥	٧٠٧	-٤٨٦
١٠	٢٧١	٧١٤	-٤٣٨
١١	٧٨٣	٠١٤	-٠٣٩
١٢	٨٠٢	-٠٥١	١١١
١٣	٧٨٢	-٠٩٣	-٠٤٢
١٤	٦٤٨	-٠٣٨	٢٠٩
١٥	٨٣٠	-١٨٢	٠٢٩
١٦	٧٩٤	-١١٦	٠٣٢
الجذر الكامن	٦,١٩٤	٢,٢٣٨	١,٠٤٣
النسبة المئوية للتباين	٣٨,٧١٢	١٣,٩٩٢	٦,٥٢٤

(*) تم الاكتفاء بثلاثة أرقام عشرية ، كما تم حذف العلامة العشرية وهو ما اتبع في الجداول التالية أيضا « انظر الملحق : الجزء الأول » وذلك للوقوف على منطوق بنود المقياس ، وقد استخدمت في الجدول أرقام البنود فقط دون نصها اكتفاء بما هو وارد في نص المقياس « انظر الملحق ١ ص ١٨٩».

ومن الواضح أننا أمام ثلاثة عوامل منها عامل قوي هو العامل الأول الذي استحوذ على ٣٨٫٧١٢٪ من التباين، وقد تشبعت عليه معظم البنود (١١ بنداً) وتشبعاتها إيجابية ، وأعلى تشبع عليه جاء للبند رقم ١٥ ، والذي ينص على أن تعاطي المخدرات يؤدي إلى سوء الخلق ، يليه البند ١٢ ، والذي ينص على أن تعاطي المخدرات يؤدي إلى تدمير الحياة الأسرية ، أي أنه عامل يهتم أساساً بالحياة اليومية وتأثيرها بتعاطي المخدرات سواء بالنسبة للمتعاطين أو من يتعامل معهم . أما العامل الثاني فهو عامل أقل قوة فقد استوعب ١٣٫٩٩٢٪ من التباين وتشبعت عليه ستة بنود وكلها تشبعات إيجابية وأعلاها البند رقم ١٠ ويذهب إلى أن تعاطي المخدرات له تأثير جيد على كفاءة السلوك الجنسي عند النساء ثم البند رقم ٩ الذي يذهب إلى أن المخدرات لها تأثير جيد على كفاءة السلوك الجنسي عند الرجال ، ثم البند رقم ٦ الذي يذهب إلى أن التعاطي يساعد على الهروب من المشاكل ، ثم البند رقم ٨ الذي يتسامح مع الزواج من متعاطي المخدرات والبند رقم ٤ الذي يذهب إلى أن التعاطي أصبح ظاهرة شائعة بين طلاب الجامعة .

أما العامل الثالث فهو أضعف العوامل الثلاثة وقد استحوذ على ٦٫٥٢٤٪ من التباين الارتباطي وتشبعت عليه ٥ بنود منها ثلاثة بنود ذات تشبعات إيجابية وبندان سلبيان في التشبع .

والبنود التي تشبعت على هذا العامل هي ٤ (إيجابي) ، ٧ (إيجابي) ، ٨ (إيجابي) و٩ (سلبي) و١٠ (سلبي) . وهو عامل يشير إلى شيوع تعاطي المخدرات بين الطلاب وأنه يساعد على تنشيط التفكير والذكاء وعدم الاكتراث للتزوج من شخص متعاط ، أما البندان ٩ ، ١٠ فهما يتعلقان بالتأثير الإيجابي للمخدرات على كفاءة السلوك الجنسي عند الرجل والمرأة .

والعامل وإن كانت تشبعاته ليست كبيرة إلا أنه عامل واضح من حيث ما يشير إليه حيث أن أبرز تشبعاته خاص بالعلاقة بين طلاب الجامعة والتعاطي ، وأنه يؤثر على الذكاء والذاكرة .

وربما كان من المناسب النظر إلى هذه العوامل بعد تدويرها تدويرا متعامدا لإبراز قدر أكبر من الوضوح وهو ما يكشف عنه الجدول التالي :

جدول رقم (٣)
مصفوفة عوامل الإتجاه نحو التعاطي
بعد التدوير المتعامد
(لدى الطلاب)

العوامل/ رقم البند*	١ عامل تجريم التعاطي	٢ عامل طلب المتعة	٣ عامل التسامح مع التعاطي	قيم الشيوع
١	٧٨٩	٠٤٣	٠٦٩-	٦٢٨
٢	٧٨٦	٠٧٣	٠٧٣	٦٢٨
٣	٧٦٤	٠٨٠	١٤١-	٦١٠
٤	٢٣٠	٠٤١	٦٣٤	٤٥٦
٥	٦٩٣	٠٩٠	٠٧٧	٤٩٤
٦	٠٩٦	٤٥٠	٤٦٩	٤٣١
٧	١٠٠	١٤٠	٧٦٨	٦١٩
٨	٠٥٥	١١٢	٥٢١	٢٨٦
٩	١٢٠	٨٨٤	١٤٣	٨١٦
١٠	١٠٥	٨٥٥	١٨١	٧٧٥
١١	٧٦٠	١٦٦	٠٩٧	٦١٥
١٢	٧٩٣	٠٢١	١٦٩	٦٥٧
١٣	٧٨٣	٠٩٠	٠٢٥	٦٢٢
١٤	٦٤٠	٠٦٠-	٢٢٨	٤٦٤
١٥	٨٤٩	٠١٤-	٠٢٧	٧٢٢
١٦	٨٠٠	٠٢٦	٠٦٦	٦٤٥
النسبة المئوية للتباين	٣٧,٤٧٦	١١,٣٢٤	١٠,٤٢٩	٥٩,٢٣٠

(*) انظر قائمة البنود بالملحق في نهاية التقرير .

وباستقراء الجدول يلاحظ أن العوامل الثلاثة لها نفس الترتيب السابق في مصفوفة العوامل قبل التدوير وفيما يلي استعراض لهذه العوامل الثلاثة .

العامل الأول (تجريم التعاطي)

استوعب العامل٤٧ر٣٧٪ من التباين الارتباطي وتشبعت عليه ١٠ بنود كان أعلاها هو البند رقم ١٥ وتشبعه إيجابي ، وهو خاص بأن التعاطي يؤدي إلى سوء الخلق ، يليه البند رقم ١٦ ويذهب إلى أن التعاطي يؤدي إلى الإرهاق والتعب ثم البند ١٢ الذي يذهب إلى أن التعاطي يؤدي لتدمير الحياة الأسرية ، أما البنود (١ ، ٢ ، ٣ ،) فترى أن المخدرات لها تأثير ضار على الصحة النفسية والبدنية ثم مجموعة البنود ١١ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ فترى أن التعاطي محرم وأنه يدمر الأسرة ويساعد على لرتكاب الجريمة وعدم تحمل المسئولية ، ومن الواضح أنه عامل للاتجاه السلبي نحو التعاطي أو الاتجاه الإيجابي نحو عدم التعاطي .

العامل الثاني (عامل طلب المتعة)

وقد تشعبت على هذا العامل ثلاثة بنود، واستحوذ على ٣٢ر١١٪ من التباين والبنود المشبعة عليه البند رقم ٦ والبند رقم ٩ والبند رقم ٥ ، وكلها تشبعات إيجابية والبند رقم ٩ هو أعلاها حيث بلغ تشبعه ٨٤٤ر٠ وهو يشير إلى أن التعاطي يزيد من كفاءة السلوك الجنسي عند الرجال ويليه البند رقم ١٠ الذي يرى أن تعاطي المخدرات يزيد من كفاءة السلوك الجنسي عند الإناث ، أما البند رقم ٦ فهو يذهب إلى أن التعاطي يساعد الأفراد على الهروب من مشكلاتهم . ومن الواضح أن العامل يبلور عقيدة قطاع من الناس يلجأون إليه لتعويض نقص ، أو للهروب من ضعف أو لتناسي مشكلة ومعنى هذا أن الفرد يلجأ إليه طلباً لمتعة خاصة أو للترفيه والابتعاد عن المشكلات وهو عامل طلب المتعة .

العامل الثالث (عامل التسامح مع التعاطي)

وقد استوعب هذا العامل ٤٢٩ر١٠٪ من التباين وتشبعت عليه البنود ٤ ،

٦ ، ٧ ، ٨ ، وكلها تشبعات إيجابية ، وأعلاها تشبعا هو البند رقم ٧ الذي يذهب الى أن تعاطي المخدرات ينشط العقل ويوسع الخيال ، يليه البند رقم ٤ الذي يذهب إلى أن التعاطي ظاهرة شائعة بين طلاب الجامعة ، ثم البند رقم ٨ الذي يتسامح مع التزوج من شخص متعاط ، ثم البند رقم ٦ الذي يرى أن التعاطي يساعد الأفراد على الهروب من مشكلاتهم .

وكما هو واضح ، فان هذا العامل هو عامل متسامح مع المتعاطي وهو عامل خاص بالتعاطي بين طلاب الجامعة حيث أن كل بنوده تشير إلى واقع يؤمن به ويعتنقه قطاع من الشباب سواء فيما يتعلق بفائدة المخدر للتفكير والذكاء أو شيوعه بين الطلاب أو أن اللجوء إليه يساعد على الهرب من المشكلات أو أن التزوج من شخص متعاط ليس له أهمية وهو عامل متعلق بالتسامح مع التعاطي .

إذن فهناك ثلاثة اتجاهات تتعلق بالتعاطي : اتجاه يرى أن التعاطي ضار ومحرم ومتشدد إلى أقصى حد في الاتجاه المضاد للتعاطي ، والاتجاه الثاني وهو عامل خاص بالبحث عن المتعة والهرب من المشاكل ، وهو اتجاه إيجابي مع التعاطي ، وأما الاتجاه الثالث فهو اتجاه متسامح مع التعاطي بين الطلاب على وجه الخصوص .

وتكشف هذه النتائج عن أن القطاع العريض من الطلاب يؤمنون بأن التعاطي عادة سيئة ، وأنه ضار صحيا وأنه سيء من حيث تأثيره على السلوك الفردي والسلوك الاجتماعي . وعلينا أن نمسك بخيوط هذا الاتجاه وننميها لدى الشباب ، أما أولئك الذين يتعلقون به طلبا للمتعة أو بعدا عن المشاكل أو من أجل تحسين مستوى ذكائهم ، وتحصيلهم فانه لا يمكن الزعم أنهم غير موجودين أو أنهم قلة أو لا تأثير لهم ، حيث اتضح فعلا بروز اتجاهين متبلورين تماما أحدهما يخص المتعة والثاني يخص ما يشعر به المتعاطي من تنشيط للعقل ، وينبغي أن يوجه الاهتمام إلى الفئة التي تؤمن بأحد هذين الاتجاهين أو بكليهما عندما نكون بصدد تطوير برنامج للوقاية من تعاطي المخدرات .

الفصل الرابع

أساليب مكافحة تعاطي المخدرات والكحوليات

رأينا فيما سبق أن سلوك تعاطي المخدرات ينشأ وينمو نتيجة لأسباب متعددة منها ما هو نفسي ، وما هو اجتماعي وما هو بدني ، ولذلك فانه من الضروري للغاية أن يكون ماثلا في الأذهان كل تلك المتغيرات ، وما يرتبط بها من أبعاد أخرى عند التفكير في رسم خطط المكافحة .

وعلى سبيل المثال ، فإن هيئة بحث تعاطي الحشيش بمصر (١٩٦٤) وجدت أن الشخص الذي ينخرط في سلوك التعاطي غالبا ما يكون منتميا إلى أسرة لا تمارس عليه رقابة فعالة ، كما أن نسبة لا بأس بها من المتعاطين وجدت أنها كانت ذات عائلات مفككة إما لوفاة الأب أو الأم أو لزواج بغير والد أو والدة المتعاطي . كذلك فقد وجدنا في دراستنا الانتشارية (الوبائية) أن التعرف على المخدرات يتم من خلال الزملاء والأصدقاء ، وأن التعاطي يبدأ غالبا بإغراء وتشجيع هؤلاء الزملاء والأصدقاء ، كذلك فقد لوحظ من خلال استقراء استجابات المفحوصين (Subjects) عبر عدة دراسات أن التعاطي لأول مرة كان يتم من خلال المشاركة في حفلة أو مناسبة اجتماعية . وإذا ما أضيف إلى هذا كله ما سبق ذكره من أن التعاطي يتم تشبها بالرجال أو لمجرد تقليد الآخرين أدركنا على الفور الدور الذي يلعبه النموذج أو القدوة في نشأة التعاطي كسلوك اجتماعي قبل أن يكون مجرد سلوك فردي ينشأ وينمو نتيجة دوافع فردية خالصة .

وقد تم إجراء دراستين فالدراسة الأولى (حنورة وآخرون ١٩٨٠ ب)

اهتمت بالكشف عن أنسب الأساليب التي يمكن أن تكون فعالة في مقاومة التعاطي وذلك من خلال آراء عينة من المتخصصين والخبراء ، أما الدراسة الثانية فقد قمنا بها على عينة من طلاب الجامعة للكشف عن توجهاتهم في أنسب الأساليب والوسائل التي تستخدم لمكافحة التعاطي (حنورة ، ١٩٨٦) .

وفي الدراسة الأولى تم الكشف عن تسعة عوامل ، الأول هو عامل مهتم بعلاج المتعاطين والثاني يهتم بالقمع والمطاردة والثالث تعليمي تنويري بأضرار المخدرات وعامل خاص بإبراز ضرر التعاطي وعامل خامس خاص بعلاج المدمن وتأديبه وعامل للوقاية السابقة لمن لم يقع في التعاطي بعد ، ثم عامل سابع وهو يهتم بتقديم البديل البريء للتعاطي مثل قضاء وقت الفراغ والرياضة والترويح ثم عامل ثامن شبيه بالعامل السابع ثم عامل تاسع خاص بالإعلام بأضرار التعاطي .

أما الدراسة الثانية فقد رأينا أن نقدم نتائجها بشيء من التفصيل فيما يلي (حنورة ١٩٨٦) .

اتجاهات طلاب الجامعة نحو مكافحة تعاطي المخدرات

تم إعداد أداة تضمنت ثلاثة وعشرين بندا (انظر الملحق ١ ص ١٨٩) تتعامل مع عدد من الآراء المتعلقة بمكافحة تعاطي المخدرات والكحوليات ، وطبقت على عينة من طلاب الجامعة بمصر (٢٦٠ طالبا وطالبة) وأسفر التحليل العاملي عن ظهور العوامل التالية ، استخلاصا من مصفوفة الارتباطات بين الدرجات التي منحها المفحوصون لكل بند من بنود الأداة المستخدمة :

جدول رقم (٤)

مصفوفة عوامل الدرجة الأولى قبل التدوير*

البند / العوامل	١	٢	٣	٤	٥	٦
١	٤٨٥	٤٣٠	٥٨-	٢٨٦	١٤٠-	٠٢٨
٢	٤٨٦	٣٠٦	٠٤٨	٠٤٤	٣٠٦-	٢٧٣
٣	٥٠٢	١٧١	١٢٣	٢٨٥-	٥١٧	١٥٣
٤	٣٤٠	٥٦٨	٠٥٩-	٢٩٧	٣٦٢	٠٠٩
٥	٥٢٥	٣٦٨	٣١٧-	٢١٢	٠٦٧-	١٦٨-
٦	٤٨٩	٠٨٤	٢٩٧-	٢٦٤-	٢٥٦	١٦٢
٧	٥٥٢	٠٥٢-	٠٢١	٣٧٧	٠١٣-	١٣١
٨	٦٤١	٣٤٣-	١١٥	١٣٦	٠٥٠	١٩٧-
٩	٥٤٥	٠١٣-	١٦٩-	٩٠٠	٢٢٥	٤١٢-
١٠	٦٠٥	١٧٥-	١٣١-	٢٥٢-	٠٤٩-	١٠٥-
١١	٦٨١	٢٥٦-	١٥٢-	٠٢١	٠٤٥-	١٩٢-
١٢	٦١٨	٣٨٣-	٠٣٦-	٠٣٨-	٠٤٨	٢١٣
١٣	٥٨٠	٠٨٤-	٠٠٠	١٦٠	١٦٥-	٣٥٦
١٤	٦٨٢	٠٤١-	٢٥٥-	٠٦٧-	٠٦٩	٠٤٩
١٥	٦٨٩	٠٥٩	٠٦٠	٢٥٢-	١٠٨-	١٤١
١٦	٥١٨	١٧٠	٣٦٧	١٨٢-	١٣٧	٣٢٦
١٧	٣٩٠	٢٣٦	٦٠٥	١٢١-	٢٠٤-	١٧٥-
١٨	٣٠٨	٤٧٦-	٢٩٠	٤٣١	١٢٨	١٦٧
١٩	٦٥٤	٠٠١-	١٦٥	٢٧٤-	٣٣٤-	٠٢١
٢٠	٤٨٧	١٢٠-	١١٥	٣٢٤	١٩٤	٢١٤-
٢١	٧٢١	٧٠٠	١٧٥-	٠٤١	١١٦-	٠٦٥
٢٢	٦٤٦	٠٧٤-	٢٣٦-	٠٤٥	٢٧٥-	٢١٦-
٢٣	٦٠٢	٠٣٥-	٢٢٦	٠٢٦-	٠٥١	٠٤٧-
الجذر الكامن	٧,٥٤٥	١,٤٦٦	١,١٦٤	١,١٣٩	١,٠٣٠	١,٠٥٨
نسب التباين	٣١,٤٣٨	٦,١٠٩	٤,٨٥٣	٤,٧٤٧	٤,٢٩٢	٤,٤١٢

(*) انظر نص البنود في الملحق المرفق بآخر التقرير .

وفيما يلي المصفوفة العاملية بعد التدوير المتعامد باستخدام طريقة الفاريماكس :

جدول رقم (٥)

مصفوفة العوامل الخاصة بأساليب المكافحة بعد التدوير المتعامد لعوامل الدرجة الأولى

العوامل / البند	١ المقاومة المسبقة	٢ عامل تعليمي	٣ المكافحة الأمنية	٤ علاج المتعاطي	٥ رقابة الطلاب	٦ التوعية الشعبية	قيم الشيوع
١	١٣٠	٥٥٨	١٤٠	٠٨١	٠١٠-	٣٦٩	٥٢٥
٢	٠٩٨	٢٧٧	١٧٦	٠١١	٠٧٩	٦١٥	٥٠٢
٣	١٦٣	١٧٦	٢٤٣	٠٥٩	٧٤٠	٠١١	٦٦٧
٤	٠٥٥-	٧٨٤	٠٧٢	٠٧١	٢٩٧	٠٠٤	٦٦٠
٥	٣٩٤	٦٢٨	٠٣٠	٠١٠-	٠٢٣-	١٦٩	٥٨٩
٦	٤٥٩	٠٤٧	١٢٣-	٠٠٨	٥٠٢	١٢٣	٤٩٥
٧	٢١١	٢٩٢	١٢٤	٤٨٣	٠٧١	٣١٣	٤٦٦
٨	٥١٣	٠٣٥	٢٤٧	٥٢٧	٠٧٦	٠٦٠	٦١٢
٩	٦٠٦	٢٦٦	٢٠٣	٠٨٩	١٧٧	١٨٩-	٥٥٤
١٠	٦٢٢	٢٩٥	١٦١	٠٧١	١٩٧	١٨٢	٤٩٠
١١	٦٧٣	٠٩٥	١١٣	٣٠٦	٠٦٤	١٤١	٥٩٢
١٢	٤٤٢	٠٩٧-	٠٠١-	٣٨٧	٣١٦	٣٠٩	٥٥٠
١٣	٢٢٩	١٠٦	٠٠٨-	٣٤٨	١٦١	٥٥٩	٥٢٣
١٤	٥٦٤	٢١١	٠٠٤-	١٤٦	٣٠٦	٢٥٦	٥٤٢
١٥	٤١٢	٠٦٧	٢٩٧	٠٥١	٣٢٦	٤٥٢	٥٧٦
١٦	٢٦٧	١٨٤	٦٥٠	٠٩١	٢٢٧	٠٤٥-	٥٨٩
١٧	٠٠٦	٠٧٦	٧٧٢	٠٧٤	٠٠٥	٢٢٩	٦٦٠
١٨	٠١٨	١٠٦-	٠٠٥	٧٨٢	٠٦٠	٠٩١	٦٣٥
١٩	٤٣٧	٠٤٥-	٤٣٥	٠٣٢	١٠٩	٤٩٧	٦٤٢
٢٠	٢٨١	٢٧٢	١٩٠	٥٠٥	٠٦٠	٠٧٢-	٤٥٢
٢١	٥٠٠	٣٠٢	٠٨٤	١٦٢	١٦٤	٤١٢	٥٧٤
٢٢	٦٦٠	٢٠٩	١١١	١٣٥	١٢٠-	٢٨١	٦٠٣
٢٣	٢٨٩	١٠٠	٤٠٤	٣٠٥	٢٣٢	١٨٩	٤٣٩
٪للتباين	١٥,٧٧	٨,٠٠	٧,٥٠	٨,١٧١	٧,٣٣٢	٩,٠٦١	

مناقشة العوامل:

سيتم الاكتفاء بالتعليق على نتائج التدوير المتعامد لمصفوفة العوامل الناتجة عن التحليل العاملي من الدرجة الأولى بطريقة هوتيلنج للمكونات الأساسية .

ويتضح أن العوامل الناتجة عبارة عن ستة عوامل استحوذت فيما بينها على ٨٥٤ر٥٥٪ من التباين، استحوذ العامل الأول منها على ٥٧ر١٥٪ من التباين وهي نسبة عالية، بينما توزعت نسب التباين الأخرى بين باقي العوامل الخمسة الأخرى بنسب متقاربة تقع مابين ٣٣٢ر٧٪ للعامل الخامس و٠٦١ر٩٪ للعامل السادس وفيما يلي استعراض لهذه العوامل.

العامل الأول (المقاومة المسبقة أو الوقاية)

استوعب هذا العامل ٨٥ر١٥٪ من التباين الارتباطي، وكان أعلى تشبع عليه ٦٧٣ر٠ للبند ١١ الذي يدعو إلى اشتراك الطلاب في فرق رياضية، وهو عامل للمقاومة المسبقة وتشبعاته كلها إيجابية وقد تشبع عليه ١٢ بنداً (وأقل تشبع قبلناه ٣٥ر٠). وتشير البنود المشبعة عليه إلى تبني أساليب متنوعة للمكافحة ، والمقاومة من قبل زيادة المصحات ، ومنع التدخين في أماكن العمل ، وتدبير أماكن وأنشطة لقضاء الوقت ، ورقابة الآباء وامتناعهم عن التدخين وعدم التعاطي ، وتنشيط القيم الإيجابية والرقابة على الصيدليات ، وتكثيف نشاط رجال الأمن ، وإعداد برامج إعلامية حول مضار التعاطي وإحكام السيطرة على زراعات المخدرات .

العامل الثاني (العامل التعليمي)

وقد استوعب ٨٪ من التباين الارتباطي وقد تشبعت عليه أربعة بنود ، وكان أعلى تشبع عليه للبند الرابع بمقدار ٧٤٨ر وتشبعاته كلها إيجابية . وهذا العامل فيما يبدو بشكل واضح تعليمي ، إذ أن أعلى تشبع عليه للبند الرابع الذي يدعو إلى كتابة إرشادات تحذر من تعاطي المخدرات على أغلفة الكتب والكراسات ، كما تدعو البنود الأخرى إلى تدريس أضرار المخدرات بالمدارس

والجامعات (البند الأول) وإلى ترتيب رحلات لتلاميذ المدارس وطلاب الجامعات لزيارة المصحات ورؤية مضار المخدرات وإعداد وتقديم برامج إعلامية عن مضار المخدرات .

العامل الثالث (المكافحة الأمنية)

وقد استوعب ٥٠ر٧٪ من التبابن الارتباطي وأعلى تشبع عليه جاء للبند رقم ١٧ وهو يدعو إلى إعدام تجار المخدرات . وهو فيما يبدو عامل أمني يتعلق بتنشيط جهود رجال الأمن من الرقابة ومطاردة المخالفين وصرف حوافز لرجال المقاومة .

العامل الرابع (العلاج المجاني للمتعاطي)

وهو عامل إعلامي ، وقد استحوذ على١٧ر٨٪ من التباين الارتباطي وقد تشبعت عليه ثمانية بنود كلها تشبعاتها إيجابية ، وأعلاها كان للبند ١٨ ، وقد جاء تشبعه٧٨٢ر وهو بند يدعو إلى علاج المتعاطين مجانا . وتدعو بنود هذا العامل إلى إعداد أفلام عن أضرار التعاطي وتدبير أماكن وأنشطة ترويحية واشتراك الطلاب في أنشطة رياضية ، وترسيخ القيم الإيجابية ، وتبسيط نتائج البحوث ونشرها ، وتقديم نماذج من المتعاطين في أجهزة الإعلام كأمثلة لأضرار المخدرات .

ومن الواضح أن العامل عامل إعلامي أساسا ، وهو دعوة صريحة إلى تكثيف المادة الإعلامية وتبسيط نتائج البحوث ولتسويغها لكل الشباب لتصبح مادة قابلة للمشاهدة أو الاستيعاب .

العامل الخامس (الرقابة الصارمة على الطلاب)

وهو عامل تنشيئي يهدف إلى بناء قيم مضادة للتعاطي . وقد استحوذ هذا العامل على ٣٣ر٧٪ وقد جاء أعلى تشبع عليه للبند رقم ٣ حيث كان ٧٤٠ر٠ ، وهو يدعو الى اتخاذ إجراءات صارمة من قبل الجامعة مع الطلاب الذين يثبت تعاطيهم للمخدرات ، وكما يدعو العامل إلى منع التدخين في المدارس

والجامعات بند رقم ٦ ، وكذلك تنشيط القيم الإيجابية عند الشباب وتعميم مراكز التوجيه والإرشاد ، والرقابة على الصيدليات ، ومن الواضح أنه عامل يهدف إلى الرقابة من خلال بناء نواة صلبة للوعي بأضرار المخدرات لدى الشباب .

العامل السادس (التوعية الشعبية)

وقد استحوذ هذا العامل على٩٫٠٦٪ من التباين الارتباطي وهو يميل في معظمه إلى تنمية الوعي الشعبي حيث جاء أعلى تشبع عليه للبند رقم ٢ ، وكان٦١٥ر وهو بند يدعو إلى إقامة أسبوع أو أسابيع توعية على المستوى الشعبي للتبصير بأضرار المخدرات ، تلاه البند رقم ١٣ الذي يدعو إلى تبسيط نتائج البحوث العلمية الخاصة بأضرار المخدرات وشرحها على أوسع نطاق . من ناحية أخرى اتجه هذا العامل الى أهمية الرقابة على الصيدليات وتكثيف نشاط رجال الأمن وعمل اللازم للتحذير وتنشيط القيم لدى الشباب . وهو على العموم عامل قريب الشبه من العامل الأول .

ومن الممكن إيجاز القول فيما يتعلق بهذه العوامل بأنها أساليب لمكافحة انتشار المخدرات بين الشباب كما يرونها بأنفسهم ، وهم أصحاب المشكلة وأقرب إلى إدراك أبعادها . وهي عوامل خاصة بالإعلام والتعليم ، والنشأة والرقابة والعلاج وهو ما أمكن الكشف عنه أيضا في دراسة سابقة أجريت على عينة من الخبراء المتخصصين في شؤون مكافحة وعلاج المتعاطين مما يؤكد أن هذه الأساليب على قدر واضح من الثبات والمعقولية بما يدعو إلى تبنيها ووضع خطط تنفيذية مناسبة لاستثمارها من قِبَلْ مَنْ يهمهم الأمر من المربين ورجال الأمن والقضاة والمعالجين النفسيين والمصلحين الاجتماعيين ورجال الإعلام .

الفصل الخامس

نموذج من الدراسات السابقة لتعاطي المخدرات المنحى الوبائي «الانتشاري» في دراسة تعاطي المخدرات والكحوليات

مقـدمـة

سوف نعرض فيما يلي نموذجا من الدراسات الحديثة التي أجريت عن انتشار المخدرات وهو عبارة عن دراسة تهتم بالجوانب الوبائية (أي دراسة نشأة سلوك التعاطي وانتشاره واستمراره والتوقف عنه ودوافعه ومكافحته) . (حنورة وآخرون ١٩٨٠ ب) .

وقد رأينا أن نقدم تعريفا بالمنحى الوبائي في هذا القسم نتناول فيه الجوانب المنهجية في المنحى الوبائي وذلك بقصد الكشف عن جدوى استخدام هذا المنحى في دراسة تعاطي المخدرات وأنواع القيود التي ربما تعوق حركة الباحث عند استخدام هذا المنحى ، وذلك من خلال هذا النموذج الذي شاركنا في بنائه واستخدامه في مصر (Soueif et al, 1988) .

والمنحى الوبائي فيما يقرر بريان كوبر وميشيل شيبون ظل لفترة يعد بمثابة علم الأوبئة Epidemics بمعنى دراسة نوبات التفشي الضخم للمرض المعدي . ولكن ، وكما يقرر هذان الباحثان ، لا يوجد تحقيق لفظي دقيق لهذا المعنى المحدد .

وفي الاستخدام الحديث كسب هذا المصطلح دلالة أوسع ، كما يتضح من التعريفات التالية :

١ ـ هو دراسة الصحة والمرض بين الجماهير والمجموعات (Morris, 1957) .

٢ - هو دراسة العوامل التي تؤثر في حدوث وتوزيع المرض والضعف والموت بين تجمع من الأفراد (Leavell and Clark, 1953) .

٣ - هو دراسة توزيع مرض أو حالة Condition بين جمهور ودراسة العوامل المؤثرة في هذا التوزيع (Wld. Hlth. Tech. Rep.Ser. 1973 (No. 52 P. 17) .

وتكشف هذه التعريفات خاصة الأخيران منها عن الصلة بين المنحى الوبائي والطب الوقائي ، كما أنه من الممكن اعتبار هذا المنحى هو الخطوة الأولى في أي برنامج للصحة العامة (Cooper and Shepherd) ، وبهذا المعنى فان البعض يعتبرون أن الوبائية (الابيديميولوجيا) هي أحد الفروع المهمة في المنحى الإكلنيكي ، من حيث أن الأخير يهتم أساسا (بالمريض الفرد) على حين أن أخصائي المنحى الوبائي تتكون الوحدة الأساسية لملاحظاته من (الجماعة أو المجتمع) الذي يضم في نفس الوقت كلا من المرضى والأصحاء وربما كان الأصحاء ذوي أهمية خاصة لدى عالم الإبيديميولوجي وذلك لتنظيم جمع البيانات من جمهور كبير وتصنيفها وتحليلها وفهم وتفسير دلالتها .

يضاف الى هذا أن المتخصص في المنحى الإبيديميولوجي (الوبائي) يهتم بتناول المشكلات الخاصة بالوقاية والتحكم في انتشار المرض ، وبالتالي فإن هذا المنحى كعلم يرتبط إلى حد كبير بدراسة الآثار البيئية على الصحة والمرض . ويشار إلى هذا الموضوع عادة بعلم التبيؤ الطبي Medical Ecology (Hare, 1952) .

المنحى الوبائي في الطب النفسي

استخدمت الطرق والمناحي الوبائية في دراسة نطاق واسع من الأمراض والاضطرابات والظواهر المرضية الممتدة من الأمراض المعدية الى اضطرابات القلب وشاملة الاضطرابات المتعلقة بالوراثة والأمراض العقلية وجنح الأحداث والجريمة .

(Wld. Hlth. Org. Rep. Ser. 1973, No. 526 P. 11)

ويشير كوبر وشيبرد إلى أن هناك محاولات قديمة للإفادة من خصائص أو مميزات المنحى الوبائي وهي ترجع في الطب النفسي إلى القرنين السابع عشر ، والثامن عشر . وقد كانت الإفادة محدودة وعابرة ، ولكن حدث تقدم مهم في القرن التاسع عشر على يد بينيل (Pinel) الطبيب النفساني المعروف حيث اهتم بدراسة تاريخ أعراض المرض العقلي من جوانبها المختلفة (Cooper and Shepherd, Ibid) من حيث نشوئها وتطورها وتنوعها وعلاجها سواء داخل المستشفيات أو خارجها .

وفي مجال الطب النفسي كما يقرر ريد (Reid, 1960) ، وكما هو الحال في باقي فروع الطب ، يصمم البحث الوبائي لقياس احتمال مهاجمة أو انتشار اضطرابات معينة لمجتمعات أو مجموعات بذاتها ، وذلك بقصد الكشف عن مؤشرات ومفاتيح تتعلق بنشأة وطراز الانتشار . وتستمد هذه المفاتيح من توزيع المرض وعلاقة ذلك بالوقت والمكان والملامح المميزة .

ان الهدف الأقصى للمنحى الوبائي هو المساعدة في السيطرة على السبب أو الأسباب الأساسية لنشوء وانتشار المرض أو الاضطراب أو الوباء .

نطاق استخدام المنحى الوبائي في دراسة تعاطي المخدرات

اهتمت منظمة الصحة العالمية منذ وقت مبكر بالتأكيد على أهمية المنحى الوبائي ، في الطب النفسي وتعاطي المخدرات ويمكن للمتابع للتقارير الفنية التي تصدرها المنظمة أن يلمس هذا الاهتمام
(Reid, 1960; Woh Rep. No. 526, 1973, RP. No. 577, 1975)

ويحدد التقرير رقم ٥٢٦ لسنة ١٩٧٣ للمنظمة الأبعاد التي يمكن أن يفيد فيها استخدام المنحى الوبائي في دراسة تعاطي المخدرات فيما يلي :

١ ـ تحديد حالة الانتشار والموت والتوزيع لظروف أو حالة اضطراب في مجتمع محدد .

٢ ـ تحديد التاريخ الطبيعي للاضطراب .

٣ ـ للكشف عن علة وطبيعة العوامل المخففة من أو المعجلة بنشأة وانتشار الاضطراب .
٤ ـ تقدير مخاطرة Risk الجماعة أو الفرد في اتجاه تنمية الاضطراب .
٥ ـ رسم أسس سياسة أو برنامج أو صياغة برنامج .
٦ ـ تقدير فاعلية هذه السياسات والبرامج في تحقيق أهدافها المرسومة .
٧ ـ استخلاص أو تمييز زملات جديدة New Syndromes .
(Wld. Hlth. Org. Tech. Rep. No. 526 P. 1-12)

وفي التقرير رقم ٥٧٧ لسنة ١٩٧٥ لنفس الجهة ترد الجوانب التالية كأفرع لأوجه العون التي يمكن أن يقدمها استخدام المنحى الوبائي في دراسة احتمالية الاعتماد على المخدر Dependence Liability :

١ ـ يمكن أن يساعد المنحى الوبائي في تحديد جواهر (أو مواد) (Substances) جديدة تستخدم لغير الغرض الطبي أو زيادة وارتفاع في استخدام جواهر متاحة بالفعل ، ويقود هذا إلى افتراض أن هذه الجواهر تحتاج إلى فحص لمدى فاعليتها بالنسبة لاحتمالية الاعتماد .
٢ ـ يمكن أن يساعد في اختيار صدق التصنيف الفرماكولوجي لمخدر ما باعتباره ذو فاعلية اعتمادية وذلك بتحديد مدى وطبيعة الاستخدام أو التعاطي .
٣ ـ من الممكن أن يفيد في تحديد أو تمييز ، وربما قياس ، بعض العوامل غير الفارماكولوجية المرتبطة باحتمالية الاعتماد على المخدر .

هذه هي بعض الجوانب التي يمكن أن تمتد إليها المزايا التي تقدمها إمكانات المنحى الوبائي .

ومع ذلك فإنه من الضروري أن نضع في الاعتبار أن تعاطي المخدرات ليس ظاهرة بسيطة ، والحاجة ماسة إلى المزيد من المعلومات عن العديد من أنماط وظروف الاعتماد على المخدرات لدى الجماعات والمجتمعات التي ينتشر

فيها التعاطي بما يؤدي إليه ذلك من آثار ذات علاقة بالفرد والصحة العامة والمشكلات الاجتماعية . وربما كانت إمكانات المنحى الوبائي مما يساعد على توفير بعض هذه المعلومات المطلوبة .

ولكن لما كانت الظاهرة معقدة ومتعددة الأبعاد فقد برزت مجموعة من المصاعب تحد من مزايا استخدام المنحى الوبائي ومن أهم هذه العقبات :

١ ـ أن تعاطي المخدرات سلوك مُجَرَّم بحكم القانون ، ومن ثم فانه من الصعب التعامل مع المتعاطين أو حتى الوصول إليهم . ويمكن التغلب على هذه الصعوبة ، كما فعلت هيئة بحث تعاطي الحشيش ، باللجوء إلى ضباط الاتصال ممن يثق فيهم المتعاطون ، ويأمنون جانبهم . ويكون دور هؤلاء الأفراد هو همزة الوصل بين الباحث والمتعاطي مع توفير كافة ضمانات الأمان لجميع الأطراف (Soueif, 1976) . من ناحية أخرى فإنه في الدراسات التي تستخدم على نطاق جماهيري في المدارس والمصانع لا يطلب من الأفراد ذكر أسمائهم أو أية بيانات قد تدل على شخصيتهم ، وهذا ما اتبعه البرنامج الدائم لبحث المخدرات في دراساته الوبائية . (Soueif, 1988) .

٢ ـ أنه في الدراسات السلوكية لظواهر السلوك العادي يلاحظ أحيانا أنه توجد ظروف تحد من حرية المفحوصين في الإدلاء بمعلومات كافية تساعد في فهم وتفسير هذا السلوك العادي وتزداد هذه الظاهرة في دراسة الاضطرابات النفسية ، وتكون في قمتها عند دراسة الظروف المتعلقة بتعاطي المخدرات ، تلك الظاهرة ذات الطقوس السرية التي تصل في بعض الأحيان إلى أن تكون شبه مقدسة ، بما يجعل اختراق نطاق هذه الطقوس أمراً محفوفا بالمصاعب . (هيئة بحث تعاطي الحشيش ، ١٩٦٤ ص ١٨٢ ـ ١٩٢) .

٣ ـ أن التعاطي بالإضافة إلى كونه سلوكا مُجَرَّما قانونا ، وله طقوس مقدسة عرفا فهو أيضا سلوك مؤثم أخلاقيا في كثير من المجتمعات وبالتالي فان

استخفاء المتعاطين قد يحد من الوصول إلى حصر شامل لهم وللظروف التي تتعلق بانتشار التعاطي .

٤ ـ ان المتعاطي يسعى إلى المخدر (أصل الداء) على خلاف المصابين باضطرابات أو أمراض الذين يسعون إلى الشفاء والبرء من هذه الاضطرابات والأمراض ، أي أن الدافع لاستمرار الاضطرابات أو الوباء لدى متعاطي المخدرات قائم ومستمر على عكس الدافع لدى المريض بأمراض أو اضطرابات أخرى وهذا العنصر له تأثيره في كفاءة أي اسلوب يحاول الحصول على بيانات تساعد في الكشف عن المتغيرات المفيدة في الحد من انتشار الوباء أو القضاء عليه .

ومن الممكن بل وقد أمكن بالفعل ، التغلب على هذه الصعوبات في الدراسات الوبائية سواء باستخدام ضابط اتصال أو بعدم ذكر الأسماء على النحو الموضح فيما سبق .

أساليب ومناهج المنحنى الوبائي في دراسة تعاطي المخدرات

وربما كانت أهم الأساليب المستخدمة في المنحى الوبائي هي :

١ ـ الأسلوب التاريخي : Historical Method

ويعتمد هذا الاسلوب على دراسة ظاهرة حدثت في زمن سابق بكل أبعادها بحيث يمكن الإفادة من النتائج التي يتوصل إليها الدارسون من دراسة هذه الظاهرة المتعلقة بانتشار وباء أو اضطراب معين من خلال حروب أو مجاعات على نحو ما فعل هايزر (Reid, 1960 P. 15; Hecker, 1832) .

ولكن المشكلات المتعلقة باستخدام هذا الأسلوب تكمن في عدم توافر البيانات الكافية أو عدم دقة هذه البيانات عند توفرها .

٢ ـ الأسلوب التتبعي : Prospective Method

يتم من خلال هذا الأسلوب اختيار مجموعة أو عينة ممثلة للمجتمع في

عمر مبكر سابق على سن بدء التعاطي ، ويتم تتبعها في المستقبل لمعرفة معَدل الانحراف في التعاطي بين أفراد هذه المجموعة .

وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب له مزاياه المتعددة والتي ربما من أهمها أن الظاهرة تكون مطروحة أمام البحث بكل متغيراتها وهو يرقبها عن كثب ، إلا أن هناك صعوبات يمكن أن تحد من قيمة هذا الأسلوب من بينها :

أ ـ صعوبة وضع الأفراد تحت المراقبة المستمرة .

ب ـ تسرب بعض الأفراد من نطاق ملاحظة الباحث ومتابعته بسبب الهجرة أو الوفاة أو التجنيد .

ج ـ التكاليف الباهظة والجهد المكثف الذي ينبغي أن يوجهه الباحث لدراسته وهو ذو جهد محدود ، مما يمكن أن يقف في وجه استخدام هذا الأسلوب .

د ـ أن تعاطي المخدرات ظاهرة مُجَرَّمة قانونيا ومُؤَثَّمة أخلاقيا وذات طقوس مقدسة سلوكيا ، ومن ثم فإن استخدام المنهج التتبعي قد لا يكون مناسبا لاختراق هذه الحواجز .

٣ ـ الأسلوب الاسترجاعي : Retrospective Method

في نطاق هذا الأسلوب يصل الباحث إلى معلوماته الخاصة ببدء التعاطي أو انتشاره وعوامله . . . الخ عن طريق دراسة مجموعة أو عينة من المتعاطين فعلا ، أي أولئك الذين مروا بالفعل بخبرة التعاطي ، وممن يعيشون بين جماعة من الناس لم يمروا بهذه الخبرة .

وربما كان استخدام الأسلوب الاسترجاعي في الدراسة الوبائية لتعاطي المخدرات له أهمية خاصة من حيث تجاوز المصاعب والعقبات التي تواجه الباحث باستخدام الأسلوب التتبعي والمذكورة من قبل حيث أن التناول والمعالجة لمتغيرات الظاهرة سوف يكون موجها للخبرة الماضية مما قد يحد من الحرج والخشية لدى المتعاطين .

هذا فضلا عن أن استخدام الأسلوب الاسترجاعي يجعل من الممكن استخدام عينات كبيرة ومجتمعات بالكامل بتكاليف أقل وفي مدى زمني محدود .

ويمكن للدراسة الاسترجاعية أن تعتمد على المصادر التالية في جمع بياناتها :

أ ـ سجلات وزارة الصحة ووزارة الداخلية ووزارة الشئون الاجتماعية والقوات المسلحة والتربية والتعليم . . . الخ حيث أن مثل هذه السجلات قد تمدنا ببيانات كافية عن الأفراد الذين يكونون جمهور كل منها . . . ولكن الصعوبة هي أن الأفراد الذين تحفظ عنهم بيانات وافية في سجلات تلك الجهات قد لا يمثلون الجماهير أو الجماعات التي ينتمون إليها ، ومن ثم فإن هناك مخاطرة بالاقتصار على بياناتها فقط لاستنتاج نتائج لها قيمتها . يضاف إلى هذا أن مثل هذه السجلات قد لا تتوفر في كثير من الأحيان لسبب أو لآخر ، ومن هنا فإنه يحسن اللجوء إلى مصادر أخرى .

ب ـ المصدر الثاني هو استخدام استخبارات تصمم خصيصا لدراسة الظاهرة بين جمهور متاح ، ويمكن حينئذ سحب العينة المناسبة أو المتاح استخدامها بيسر وبما يفي باحتياجات الدراسة وفي هذا الصدد يمكن :

١ ـ استخدام المسح الشامل لكل الجمهور المتاح .

٢ ـ مسح المنطقة أو الجماعة .

٣ ـ المسح بالعينة الطبقية .

ولكل أسلوب من هذه الأساليب المسحية مزاياه ومناحي قصوره ، فالمسح الشامل مكلف ومجهد لكنه يحاصر الظاهرة ، أما مسح المنطقة فهو أسرع في الوصول إلى جمهوره ولكن عيبه أنه قد لا يمتد باهتمامه على دراسة عوامل قد توجد في مناطق أخرى ولا توجد في المنطقة المدروسة . أما المسح بالعينة الطبقية فهو يحاول أن يمتد باهتمامه إلى الجمهور الكلي ، ولكن من خلال تقسيم هذا الجمهور إلى مناطق أو طبقات وسحب عينة عشوائية من كل منطقة أو طبقة . وبذلك يتجاوز عيوب المسح الكامل والمسح للمنطقة الواحدة .

وهذا ما لجأت إليه الدراسة المصرية التي سوف نعرض لجوانبها المنهجية في الصفحات التالية واضعين في الاعتبار أن لكل دراسة ظروفها وملابساتها التي قد تجعل القائمين عليها يحاولون المواءمة بين الظروف القائمة وأسس البحث العلمي .

الدراسة الوبائية المصرية
لانتشار المخدرات بين طلاب مدينة القاهرة الكبرى

مقدمة تاريخية :

عند بدء تكوين البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات في مصر في سنة ١٩٧٥ ، كانت قد تجمعت لدينا ثروة ضخمة من المعلومات حول بحوث تعاطي الحشيش خاصة والمخدرات عامة ، حيث أن هذا البرنامج يضم معظم أعضاء الهيئة السابقة لبحث تعاطي الحشيش في مصر . (Soueif et al, 1980, 1988) .

وعندما حددت الهيئة الجديدة للبرنامج أهدافها منذ تكوينها كان من بين تلك الأهداف محاولة حصر ظاهرة التعاطي في المجتمع المصري ومحاصرتها باستخدام الأساليب المتاحة بما فيها :

١ ـ آراء الخبراء والمهتمين بالظاهرة كرجال الشرطة وخاصة منهم العاملون في أقسام مكافحة المخدرات . من ذلك مثلا ما أثير في اجتماع الهيئة رقم ٥٥ في ١٩٧٧/١/١٨ من أحد ضباط الشرطة عن ظهور نمط جديد للتعاطي في مصر هو نمط تعاطي الحبوب النفسية ذات التأثير المؤدي إلى الاعتياد .

٢ ـ اعداد كشاف للتغطية السريعة لحركة الظاهرة يقوم باستيفائه من لديهم القدرة والتيسيرات التي تمكنهم من رصد الظاهرة كرجال الشرطة والأطباء سواء في عياداتهم الخاصة أو في أقسام الاستقبال بالمستشفيات العامة أو المتخصصين الاجتماعيين الذين لهم علاقة بالمتعاطين . . . . الخ .

٣ ـ الدراسة المسحية الشاملة لظاهرة التعاطي وما يتعلق بها من متغيرات .

ولما كانت الدراسة الوبائية في مفهومها الأساسي دراسة مسحية للوباء أو الانحراف أو الاضطراب ، فقد بات واضحا أن الأساليب المناسبة للدراسة

الوبائية لتعاطي المخدرات في مصر هي نفس أساليب الدراسة المسحية .

وقد بدأ الاعداد لهذه الدراسة اعتبارا من اجتماع يوم ١٩٧٦/٦/٢٢ حيث ناقشت الهيئة الأساسية للبرنامج في البند الثالث من بنود جدول أعمالها في ذلك الاجتماع موضوع اجراء الدراسة الوبائية لتعاطي المخدرات في مصر باعتبارها تمثل واحدا من الأهداف التي حددها البرنامج لنشاطه .

ومتغيرات الدراسة كما تحددت سوف نعرضها فيما يلي من خلال الحديث عن :

أولا : الهدف من الدراسة .

ثانيا : العينة .

ثالثا : الأداة .

رابعا : باحثي الميدان .

خامسا : جمع المادة واعدادها للمعالجة الإحصائية .

سادسا : نتائج الدراسة .

هدف الدراسة الوبائية :

تهدف الدراسة إلى الإجابة عن السؤالين الرئيسيين التاليين :

١ ـ ما هو توزيع تعاطي المخدرات بين الفئات المختلفة من قطاع الطلاب كما يتحدد من خلال : مستوى الدراسة والعمر والأحياء السكنية ؟ .

٢ ـ ما هي العوامل المرتبطة بتعاطي هذه المواد المخدرة ؟ .

وكما وضح فان السؤال الرئيسي الأول يحدد مشكلة الدارسة الوبائية لتعاطي المخدرات بين الطلاب المصريين من حيث بدء توزيع التعاطي بين الفئات المختلفة للطلاب والذين يمثلون :

أ ـ مستوى الدراسة ونوعها .

ب ـ العمر .

ج ـ الأحياء السكنية التي ينتمي إليها هؤلاء الطلاب .

وأية متغيرات أخرى يمكن أن تفيد في الكشف عن طبيعة توزيع الظاهرة واستمراريتها .

أما السؤال الرئيسي الثاني فهو يتعلق بالعوامل المرتبطة بالتعاطي سواء كانت هذه العوامل خاصة بالطالب نفسه أو بأسرته أو بالمدرسة التي ينتمي اليها أو بظروف التعاطي ومعرفته بها ورأيه واتجاهه نحو التعاطي أو التوقف أو الامتناع عنه . . . الخ .

العينة :

استقر الرأي على البدء بقطاع الطلاب ، وقد رؤي تقسيمهم إلى قطاعات فرعية تشمل

أ ـ طلاب الثانوي العام .

ب ـ طلاب الثانوي الفني .

ج ـ طلاب الجامعات والمعاهد العليا .

ولما كان كل قطاع فرعي يضم البنين والبنات فقد رؤي البدء بالبنين في كل قطاع على أن يمتد نشاط الهيئة فيها بعد لقطاعات الإناث . . .

وهناك عدة أسباب كامنة ، وراء هذا القرار منها :

١ ـ أنه لا داعي للبدء بقطاعات قد لا تكون الظاهرة ذات حجم له وزنه بها .

٢ ـ أن البدء بقطاع الطلاب الذكور قد يجد من التسهيلات ما يعجل باتمامه في وقت ملائم وبصورة ترضي أهداف وخطط البرنامج الدائم .

٣ ـ مبرر آخر للبدء بتلاميذ المدارس الثانوي هو أنه قد تبين من معظم البحوث التي تناولت بداية التعاطي أنه يمتد لدى ٤٧٪ على الأقل دون سن العشرين .

٤ ـ اتضح أن كمية التدمير والضرر والاضطراب السلوكي الناتجة عن التعاطي تكون أعمق لدى المتعلمين الذين يبدأون التعاطي مبكرا .

(انظر : Soueif et al, 1967, 1971, 1976)

وكانت نقطة البداية هي تحديد حجم هؤلاء الطلاب واختيار نسبة معقولة من بينهم موزعة على صفوف فصول الدراسة المختلفة ، وفي نفس الوقت تنتمي إلى كل أحياء القاهرة الكبرى ، أي أنها دراسة مسحية تستخدم المسح بالعينة الطبقية .

وفعلا تم الاستقرار على سحب ٧٪ من طلاب القاهرة الكبرى وقد وصل العدد المختار الى حوالي ٦ آلاف طالب ممثلين للسنوات الدراسية التالية لكل مدرسة :

أ ـ السنة الأولى الثانوية .

ب ـ السنة الثانية (أدبي) .

ج ـ السنة الثانية (علمي) .

د ـ السنة الثالثة (أدبي) .

هـ ـ السنة الثالثة (علوم) .

و ـ السنة الثالثة (رياضة) .

وقد تم استخدام عينات أخرى بعد ذلك من المدارس الثانوية الفنية ومن الجامعات الواقعة بدائرة مدينة القاهرة الكبرى . (Soueif et al, 1988) .

وقد اختيرت المدارس والجامعات بحيث تمثل كل المناطق التعليمية والقطاعات السكنية بمدينة القاهرة الكبرى ، وبذلك ضمت تلاميذ ينتمون إلى محافظات القاهرة والجيزة والقليوبية موزعين على أحياء وأقسام ومراكز تلك المحافظات .

وقد حاولت هيئة البحث أن تكون نسبة السبعة في المائة متحققة على مستوى كل مجموعة صغيرة والتي وصلت إلى حد تمثيل نسبة لكل الفصول الدراسية كلما أمكن ذلك ، وهو ما يتسق مع ما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية (تقرير ٥٢٦ لسنة ١٩٧٣ ص ٢٢) من ضرورة أن تشبه العينة (الجزء) الجمهور الأصلي (الكل) .

(Wld. Hlth. Org. Rep. No. 526 P. 22)

وقد يكون من اللازم التأكيد هنا مرة أخرى على أن المسح بالعينة ليس خروجا على مقتضيات منطق الدراسة الابيديميولوجية ، شريطة أن تكون العينة مسحت بدقة ، وهذا ما حرصت عليه هيئة البحث فعلا .

ثالثا : الأداة

عقدت عدة اجتماعات خصصت لتكوين وبناء الأداة والتي اتفق على أن تكون عبارة عن استخبار يضم مجموعة من الأسئلة تحقق أهداف الدراسة ،

وقد نما الاستخبار على مدى الاجتماعات التي عقدتها هيئة البرنامج ، بل ومن خلال الدراسات المبدئية التي قامت بها الهيئة لاختبار كفاءة الصياغات المتعاقبة التي أعدتها له ودون الدخول في تفاصيل نمو هذه الأداة ، نعرض فيما يلي لعناصر الصياغة النهائية التي استقر الرأي على استخدامها .

يتكون الاستخبار من ٨٣ سؤالا تغطي الجوانب التالية :

(أ) بيانات شخصية عن تاريخ الدراسة والعمر والديانة وطبيعة الدراسة الحالية والسكن وبيانات عن الأسرة من حيث الحجم والتعليم والدخل والحياة والموت ومصروف الطالب والسكن والحالة الصحية للطالب بدنية ونفسية والهوايات والنشاطات الاجتماعية وتدخين السجاير ، ويضم هذا الجزء ٢٢ سؤالا .

(ب) الجزء الثاني من الأسئلة ويضم ٢٣ سؤالا عن الأودية (المهدئة والمنشطة والمنومة) وفيه يسأل الطالب أسئلة متصلة معها ورأيه فيها ومعارفه من الذين يتعاطونها وأنواع ما يتعاطون وأقاربه الذين يتعاطونها ورأيه الشخصي في هذه الأدوية ، ومدى علاقتها بها (مجرد سماع أو رؤية أو مجرد تجربة ، أو تعاطي منظم ، أو استمرار في التعاطي . . . الخ) .

(ج) الجزء الثالث ويضم ١٨ سؤالا عن المخدرات (الحشيش والأفيون . . الخ) تتعرض لنفس ما تعرض له الجزء السابق من متغيرات بنفس التسلسل والصياغة .

(د) الجزء الرابع ويضم ١٨ سؤالا عن الكحوليات ولا يختلف في طبيعته أو سياقه عن الجزءين ب ، ج الموجهين لتعاطي الأدوية والمخدرات .

ثم تختم الاستمارة بسؤالين : أولهما عما إذا كان للمفحوص أي تعليق على هذه الأسئلة ، فان وجد هذا التعليق فعليه أن يذكره . والسؤال الثاني يسأل فيه الطالب عما إذا كان يوافق على إجراء دراسة متعمقة تستخدم أدوات أخرى ؟ فاذا وافق يطلب منه ذكر اسمه لإمكان الاتصال به ، علما بأن قرار الهيئة الأساسي كان هو جمع البيانات دون الحصول على أسماء الطلاب لضمان الصراحة والحرية وعدم الخجل أو الإحراج .

وقد قامت الهيئة بدراسة استطلاعية للكشف عن المصاعب والعقبات

المتعلقة بالصياغة أو بالتطبيق مما أدى إلى مزيد من الصقل للاستخبار ، والى ترشيد خُطا الهيئة في الدراسة الأساسية التي تم صدور خمسة تقارير علمية عنها ، صدرت أربعة منها بعد ذلك في مجلد واحد (Soueif et al, 1988) متضمنا النتائج التي توصلت إليها الدراسة حول بدء واستمرار تعاطي المخدرات المختلفة بين طلاب المدارس الثانوية بالقاهرة الكبرى ، وبين طلاب الجامعة في مصر .

تقنين أداة البحث في الدراسة الوبائية :

إن أية أداة تستخدم بدون تقنين لا يمكن الوثوق بها من حيث ما تسلم إليه من النتائج وقد نبهت منظمة الصحة العالمية إلى ذلك في احدى نشراتها العلمية الى أهمية التقنين بالنسبة للأدوات التي تستخدم في الدراسات الوبائية لتعاطي المخدرات (Ibid, P. 19) . وعلى طريق التقنين للاستخبار اتبعت الهيئة الآجراءات التالية

الثبات Reliability

تم استخدام طريقة إعادة التطبيق لحساب ثبات بنود الاستخبار بندا بندا . ولما كان قرار الهيئة هو الحصول على البيانات دون استخدام أسماء أصحابها فقد توصلت الهيئة الى أسلوب يضمن إعادة التطبيق والتعرف على كل طالب دون أن يدرك الطالب ذلك ودون أن يخل هذا الإجراء أيضا بسرية المعلومات وسرية شخصيات أصحابها . . وكان الأسلوب يتلخص في أن يحرص كل طالب على أن يجلس في مكانه خلال مرتي التطبيق ، وقد تم ضمان ذلك بجلوس الطلبة وفقا لترتيب ورود أسمائهم في كشف الدراسة . وبذلك أمكن استخدام أسلوب اعادة التطبيق لحساب ثبات الاستخبار .

ومن التحليلات المتوفرة في الوقت الحالي يتضح أن الاستخبار على درجة عالية من الثبات بطريقة اعادة التطبيق وهو ما توضحه النسب المئوية التالية :

١ـ في ٨٠٪ من الأسئلة تتراوح نسب الاتفاق بين مرتي التطبيق بين ٦٧٪ ، ١٠٠٪ بقيمة متوالية قدرها ٩٣٪ (ن = ٢٤١) .

٢ ـ ٢٠٪ من الأسئلة تتراوح معاملات ارتباطها بين ٧ر٠، ٠٠ر١ بمعامل ارتباط متوالي قدره ٨٥ر٠ (ن=٢٤١).

الصدق باستخدام الاتساق الداخلي : Internal Consistency .

الأدوات التي من قبيل الاستخبار الحالي تواجه مصاعب في حساب صدقها ، ولكن مع ذلك كان من الممكن الكشف عن الاتساق الداخلي لهذا الاستخبار وتمحور النتائج حول محاور ذات معنى .

من قبيل ذلك : ان مجموعة السنة الأولى (٣) أدبي تشكل أكبر نسبة من المدخنين (سؤال رقم ٢٠) (أكبر من كل طلاب السنة الأولى والسنة الثانية بقسميها والسنة الثالثة علوم ورياضة) وتتسق هذه النتيجة مع إجابات الطلاب في الأسئلة المتعلقة بتعاطي المخدرات والكحوليات (س ٢٤) (عن المعارف الذين يتعاطون) و (س ٤٤) عن استمرار الطالب في تعاطي المخدرات وس ٥٦ ، وس ٦٢ ، والأسئلة ٦٣ ، ٧١ ، ٧٤ ، ٧٩ من الاستخبار ، وهي تسأل أساسا عن الأقارب والمعارف الذين يتعاطون ، وعن خبرته في التعاطي وما إذا كان مستمرا ، وكل الأسئلة توضح نقطة هامة أساسية وهي أن طلاب القسم الأدبي (السنة الثالثة خصيصا) تقع بينهم أكبر نسبة من المتعاطين أو الذين يقترفون التعاطي من خلال محور ممتد عبر أسئلة الاستمارة (فيما عدا الأسئلة المتعلقة بالأدوية ذات التأثير النفساني) .

وتلتقي هذه النتيجة مع النتائج التي توصل إليها في كندا سمارت وزملاؤه (Smart et al. 1971) . ومع توقع أن تكون النتائج لها هذا الاتجاه للطبيعة الخاصة للاتجاهات والميول والخصائص الشخصية لطلاب الفنون والآداب فإنه من الممكن الاقتناع مبدئيا بصدق الأداة .

باحثو الميدان وإعدادهم:

ان اجراء أي بحث يعتمد إلى حد بعيد على كفاءة الباحثين الذين يتولون جمع البيانات الميدانية وقد وضعت هيئة البحث عدة اشتراطات ينبغي توفرها في الباحث الميداني اعتمادا على ما للهيئة من خبرة سابقة والتزاما بالقواعد المنهجية في

إجراء مثل هذه البحوث ، وكان من أهم الاشتراطات :
أ ـ الحصول على مؤهل في مجال الدراسات السلوكية .
ب ـ يفضل أن تكون له خبرة سابقة في مجال البحوث الميدانية .
ج ـ أن يكون من المشهود لهم بالدقة والأمانة والقدرة على التحمل .

وقد كان ١٧ باحثا من مجموع الباحثين الميدانيين وقدرهم ١٩ باحثا ممن شاركوا في بحوث سابقة ومن المشهود لهم بالكفاءة أما الباحثان الآخران فلم يكن سبق لهما الاشتراك في مثل هذه البحوث ، ولكن كانت توجد تقارير جيدة عن كفاءتهما الأكاديمية واستعدادهما للتعاون وبذل الجهد ، وبالفعل شارك الباحثان واتضح من المتابعة لانجازاتهما أنهما على مستوى المسؤولية التي تحملاها بكفاءة .

أما من حيث المؤهلات العلمية للباحثين فقد كانت على النحو التالي :
أ ـ ١٠ من الحاصلين على ليسانس في علم النفس .
ب ـ ٥ من الحاصلين على ليسانس الاجتماع .
ج ـ ٤ من الحاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية .

أما من حيث السن فقد تراوح بين ٢٣ ، ٤١ سنة ومتوسط أعمار قدره ٣٣ر٨ سنة مدى قدره (١٩) .

ومن حيث تدريب هؤلاء الباحثين فقد مضى وفقاً لما يلي :
١ ـ تم اجتماع مبدئي معهم طرحت لهم فيه فكرة عن تاريخ الهيئة ونشاطاتها السابقة في مجال دراسة تعاطي المخدرات .
٢ ـ قدمت لهم الأفكار العلمية المتعلقة بشخصية وسلوك المتعاطين .
٣ ـ قدمت لهم أيضا فكرة عن البحث الحالي ومتغيراته ونوع العينة التي سوف يتعاملون معها والمشكلات التي قد تطرأ في سياق العمل الميداني .
٤ ـ بعد ذلك وزعت عليهم نسخ من الاستخبار ، وتمت قراءته معهم بندا بندا كما تم الاستماع لملاحظاتهم وتقديم التوجيهات والإيضاحات التي ترد على تساؤلاتهم والتي قد تفيدهم عند تطبيق الاستخبار .
٥ ـ ثم قدمت للباحثين تعليمات تمهيدية مكتوبة وطلب منهم ان يحاولوا

استيعابها جيدا ويا حبذا لو قاموا بحفظها ، وذلك لاستخدامها كمقدمة لعملية الاتصال مع التلاميذ الذين سوف تجرى عليهم الدراسة .

٦ ـ قدمت إليهم أيضا خبرة أعضاء الهيئة في الدراسة الاستطلاعية كي يفيدوا منها عند تعرضهم لمواقف مماثلة ، وكانت خاصة بالرد على الاستفسارات ومراجعة البيانات وضبط موقف التطبيق والتصرف مع الطلاب المشكلين ، والتعامل مع سلطات المدارس ومدرسيها . . . الخ .

٧ ـ بعد ذلك تم تقديم بيان عملي لهم قام به أحد أعضاء الهيئة ، وتم الاستماع إلى آرائهم مرة أخرى لمزيد من الفهم المتبادل وتبادل الخبرة .

وبعد أن اطمأنت الهيئة إلى كفاءة الباحثين واستيعابهم الكامل لأسلوب التطبيق ومتغيراته اتخذ قرار البدء في جمع البيانات من المدارس .

العمل الميداني

كسب ثقة وتعاون الجهات ذات السلطة جزء مهم من إنجاح أي بحث يتعامل مع تجمعات كبيرة لها ظروف عمل أو دراسة أو نشاط منتظم . . ومن ثم فقد رأت الهيئة أن الطريق الطبيعي هو توجيه كتاب إلى وكالات وزارة التربية بمحافظات القاهرة والجيزة والقليوبية ، يتضمن فكرة عن الدراسة وأهميتها للوطن وللشباب الذين هم عدة المستقبل . . . الخ ، وطلب إلى تلك الجهات تيسير مهمة الباحثين .

وقد كانت كل الجهات التي تعاملت معها الهيئة بدءا من وكلاء الوزارة الى نظار المدارس والمعلمين على مستوى من الفهم والتعاون بحيث أمكن للهيئة أن تجمع المادة الميدانية كلها خلال شهر واحد استمر من ١١مارس إلى ١٠أبريل ١٩٧٨ .

وقد كانت هناك متابعة ميدانية يومية من أعضاء الهيئة الأساسية للبحث ، كما كانت تتم مراجعة ميدانية لاستجابات الطلاب بما كفل درجة من دقة الإنجاز لما هو مطلوب ، سواء من باحثي الميدان أو من الطلاب أنفسهم .

وفي نفس الوقت كانت السكرتارية الفنية للبحث تقوم بالمراجعة المكتبية

اليومية لما يتم تطبيقه من استخبارات ، وإعداد الملاحظات التي ترى أهميتها لمد الباحثين الميدانيين بها لوضعها في الاعتبار في التطبيقات التالية .

نتائج الدراسة الوبائية

صدر عن البرنامج الدائم لبحوث المخدرات بمصر عدد من التقارير . وتشير النتائج التي أسفرت عنها دراسات هذا البرنامج (وهذه النتائج خاصة بتعاطي المخدرات) إلى أن حجم الظاهرة آخذ في الإزدياد ، خاصة في أوساط الشباب من طلبة وطالبات المدارس والجامعات .

وفي دراسة مستقلة قام بها الباحث عن انتشار المخدرات بين طلاب الجامعة في مصر ، اتضح أن حوالي ١٦٪ من بين الطلبة (الذكور) ينخرطون في سلوك التعاطي في مقابل ٩٪ من الطالبات (حنورة ، ١٩٨٦) . أما بالنسبة لطلاب المدارس الثانوية فقد تراوحت مابين ٦٨ر٤ بالنسبة للمنومات إلى ٤٣ر٣٣٪ بالنسبة للبيرة مروراً بنسب أخرى ٦٢ر١٠٪ للمخدرات الطبيعية و١٣٪ للخمور . (Soueif et al, 1982, 1988) .

وتشير نتائج الدراسات المتتابعة الى أن النسبة تتزايد مع التقدم في السن ، هذا فضلا عما أشارت إليه الدراسات المبكرة ، عن سلوك تعاطي الحشيش ، من أن الذين يبدأون في التعاطي قبل سن السادسة عشرة غالبا ما يستمرون ويتدعم لديهم هذا السلوك في الأعمار التالية (هيئة بحث تعاطي الحشيش ، التقرير الثاني ١٩٦٤) .

والنسب المشار إليها من قبل ليست بالهزيلة ، خاصة إذا ما وضع في الاعتبار أن الأمر يمضي من سيء الى أسوأ ، فيما يتعلق بتضخم حجم الظاهرة .

وإذا كنا قد توقفنا عند الدراسة الوبائية بالعرض ، فذلك لأنها نموذج متقدم لما ينبغي أن يكون عليه المنهج العلمي في تناول ظاهرة تعاطي المخدرات وهو الأمر الذي أخذنا به في الدراسة الحالية في الجزء الأول منها الخاص بديناميات سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات .

أما متغيرات الدراسة الأخرى التي رؤي دراستها وهي متغيرات اجتماعية

ومزاجية ومعرفية فقد ألهمتنا بالكثير من توجهاتنا المنهجية التي نمت لـدينا من خلال عملنا في البرنامج المشار إليه وفي دراسات أخرى متعددة ومن أبرز تلك الدراسات التي شاركنا فيها في بعض المراحل ، دراسة ظاهرة تعاطي الحشيش في مصر والدراسة الوبائية عن تعاطي المخدرات بين طلاب الجامعة والمدارس الثانوية بمصر . (لمزيد من التفصيل انظر : حنورة ، ١٩٨٦ هيئة بحث تعاطي الحشيش في مصر ١٩٦٠ ، وأيضا Soueif et al, 1980, 1988) .

الفصل السادس

الدراسة الحالية ومنهجها
المشكلة والعينة والأدوات والتطبيق
والتحليلات الاحصائية

المشكلة

مشكلة الدراسة الحالية هي محاولة الكشف عن ديناميات عملية التعاطي بداية من التعرض لها ثم دوافع البدء ودوافع الاستمرار وما يتعلق بالتعاطي من متغيرات ، والاتجاه نحو التعاطي وأضراره ، ومصادر التموين بالمخدرات . . . الخ .

يلي ذلك الاهتمام بالكشف عن خصائص المتعاطين مقارنة بغير المتعاطين ، سواء كانت هذه الخصائص عبارة عن استعدادات للتعاطي أو نتائج مترتبة على التعاطي .

ومن ثم فإن الأسئلة المطروحة والتي يتضمنها الاستخبار المرفق (ملحق ١) تعبر بشكل دقيق عن مشكلة الدراسة من حيث ديناميانها ، أما المقاييس الموضوعية (سلوك حركي ومعرفي ووجداني) فإنها تعبر عن المشكلة من زاوية أخرى : وهي هل توجد فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين لأنواع مختلفة من المخدرات في الأداء على المقاييس النفسية (معرفية وحركية ومزاجية) ؟

والواقع أن الفرض الذي سنطرحه مؤقتا للإجابة عن السؤال الأخير عبارة عن فرض صفري Nill Hypothesis مؤداه أنه لا توجد فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين ولا بين المتعاطين لأنواع مختلفة من المخدرات . وذلك انتظارا لما سوف تسفر عنه نتائج الدراسة بصرف النظر عن اقتناعنا بوجود تلك الفروق

وذلك تأسيسا على ما هو متوفر تحت أيدينا من دراسات . (هيئة بحث تعاطي الحشيش ١٩٦٤ ، حنورة ، ١٩٨٦ ، مرسي ، ١٩٧٩ ، ص ٣١١ ، Soueif et al, 1980, 1988) .

عينة الدراسة

الواقع أن الدراسة الحالية قد شملت عددا من العينات لأننا حاولنا في البداية أن نستكشف المجال من خلال عدد من الدراسات الاستطلاعية ، وقد بدأنا بالتطبيق على مجموعات صغيرة ما بين ٣٠ ، ٤٠ حالة (من متعاطي الكحول والحشيش والمواد الأخرى) وذلك لتجربة أدواتنا وللوقوف على بعض المشكلات الخاصة بالتطبيق ، وعندما تكشفت الأمور بشكل مناسب بعد اعداد الأدوات وتجريبها بدأنا في النزول إلى الميدان معتمدين على مصادر خاصة للوصول إلى المتعاطين .

وقد تم التطبيق على العينة الرئيسية (حوالي ٦٠٠ متعاط استبعدت منهم أعداد كبيرة لأسباب متنوعة أهمها عدم إكمال البيانات أو عدم الأمانة أو عدم الجدية) من يناير ١٩٨٦ وحتى يونيو ١٩٨٧ وذلك في الجهات التي تتوفر فيها أعداد من المتعاطين مثل السجن المركزي الكويتي ، ومستشفى الطب النفسي ومنافذ أخرى أمكن الوصول إليها ، وذلك بعد استئذان الجهات المختصة في دولة الكويت (وزارة الصحة ووزارة الداخلية) . وكان جميع المتعاطين ممن يتعاطون بصفة منتظمة (معظمهم يتعاطى كل يوم) ، كذلك تم اختيار مجموعة ضابطة من غير المتعاطين الكويتيين الذكور وعددهم ١٥٠ شخصا مكافئين للمجموعات التجريبية في البيانات الأولية .

وتقدم الجداول الثلاثة التالية وصفا للمجموعات المختلفة من حيث العدد والسن والتعليم . وقد كانوا جميعا من الذكور الكويتيين (ولقد تم استبعاد حوالي ٥٠ متعاطيا من غير الكويتيين بعد التطبيق حرصا على نقاء العينة التي تحددت منذ البداية في خطة الدراسة بأنها قاصرة على المواطنين الكويتيين) وممن تراوحت أعمارهم بين ٢٠ سنة و٥٨ سنة . وقد تم تقسيمهم إلى ٧ مجموعات

منها مجموعة ضابطة (غير متعاطين) و ٦ مجموعات من المتعاطين للكحوليات والحشيش والأفيون والحبوب (حسب ما توضحه الجداول المرفقة وما سوف يرد عند عرض النتائج) .

جدول رقم (٦)
بيانات الإحصاء الوصفي للمتغيرات
داخل المجموعات السبعة*

رقم المجموعة	بيانات المجموعة	العدد (ن)
١	الضابطة وتضم المجموعة رقم ١ ورقم ٢ (المدخنين وغير المدخنين)	١٥٤
٢	الكحوليات	٥١
٣	الحشيش	٣٥
٤	الكحوليات ـ الحشيش	٢٣
٥	كحول ـ حشيش ـ حبوب ـ أفيون	١٦
٦	كحول ـ حشيش ـ حبوب	٢٧
٧	كحول ـ حشيش ـ أفيون	٤٣

(*) ومن الجدير بالذكر أنه حدث تغيير بحيث أصبحت مجموعة الكحوليات هي المجموعة رقم (٢) بدلاً أن تكون المجموعة رقم (٣) وإن كان يشار إليها على أنها المجموعة رقم ٣ (مع إزاحة ترتيب باقي المجموعات) عندها يكون العدد الإجمالي هو ٨ مجموعات أما إذا كان ٧ مجموعات فيكون ترتيب الكحوليات هو ٢ وليس ٣ .
كذلك فإنه قد تم إهمال بعض الاستجابات الخاصة بصعوبة تصنيفهم كما تم إهمال إجابات ١٤ شخصاً من متعاطي المخدرات والكحوليات والذين لايدخنون حيث أن جميع المتعاطين الآخرين من المدخنين.

جدول رقم (٧)
العمر

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٢٨,٨٣٣	٦,٦٦٨	١,٤٥٨
٢	٣٠,٧٤٥	٨,٥٥١	٠,٥٦٥
٣	٣٢,٦٤٧	٩,٠٣٢	٠,٨١٩
٤	٣١,٣٩١	٧,٦٦٢	٢,٤٨٤
٥	٢٩,٠٠٠	٤,٩٤٠	٠,١١٤
٦	٢٩,١٤٨	٤,٦١٤	٠,١٧١-
٧	٢٩,٥٨١	٥,٥٧٧	٠,٧٤٧

يعرض هذا الجدول بيانات التعليم الذي وضعنا له ٦ فئات هي :

١ - أمي
٢ - يقرأ ويكتب
٣ - ابتدائي
٤ - متوسط
٥ - ثانوي
٦ - عالى

ويتضح من نتائج التحليلات الإحصائية التي يعرضها هذا الجدول أن تعليم جميع أفراد العينة يدور حول الفئة رقم ٤ (أي تعليم متوسط) ما عدا المجموعة الضابطة فإن تعليمها يدور حول الفئة رقم (٥) أي تعليم ثانوي .

جدول رقم (٨)
التعليم

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٥,٠١٣	٠,٩١٩	٠,٦٥٧-
٢	٤,١٩٦	١,١٣٢	٠,٩٢٠-
٣	٤,٧١٤	١,٢٢٦	١,٢٤٠-
٤	٤,٦٩٦	١,٢٢٢	١,١٥٤-
٥	٤,٢٥٠	٠,٦٨٣	٠,٣٥٨-
٦	٤,١٤٨	١,٦٨٠	٠,٦٧٢-
٧	٤,٣٧٢	٠,٨٧٤	٠,٥٩٩-

يتضح من نتائج التحليلات الإحصائية لبيانات العمر أن متوسط الأعمار يدور حول ٢٨ ، ٢٩ ، ٣٠ سنة . ومن نافلة القول أن هذه المتوسطات تبرز أن المتعاطين في أوج شبابهم وأن انخراطهم في تعاطي المخدرات في هذه الأعمار له نتائج غير عادية بالنسبة لكفاءة سلوكهم كما سوف يتضح فيما بعد .

أدوات الدراسة

لما كانت الدراسة تبحث عن العلاقة بين تعاطي المخدرات والكحوليات وبعض الخصائص النفسية ، فقد رؤي أن نختار هذه الخصائص بحيث تمثل أهم الخصائص التي تشكل محاور أساسية في السلوك الإنساني ، وقد كان واضحا من البداية في تقريرنا أن أهم المحاور هي المحاور التالية :

أ ـ المحور الاجتماعي .
ب ـ المحور الحركي .
ج ـ المحور المعرفي .
د ـ المحور الوجداني .

والمحاور المذكورة من قبل هي المحاور التي تأكد لنا بعد دراسات متعددة أنها تشكل فيما بينها تكاملا على درجة كبيرة من المصداقية والثبات .

من هنا جاء اختيارنا للمقاييس المستخدمة لكي يكون معبرا بشكل دقيق عن هذه الأبعاد التي تضم استبارا صمم خصيصا لهذه الدراسة ، كما تضم مقاييس للسلوك الحركي وأخرى للسلوك المعرفي كالادراك والتذكر ومقاييس للشخصية وما يرتبط بها من متغيرات . وسوف نتناول بالعرض كل فئة من فئات هذه المقاييس قبل عرض النتائج .

الاستبار Interview*

لتغطية المحور الاجتماعي وديناميات سلوك التعاطي تم اعداد استبار (استبانة) تتضمن الاستقصاء عن عدد من الجوانب مثل بيانات عن العمر والتعليم والحالة الاجتماعية والجنس والجنسية . . . الخ . ثم بعد ذلك أسئلة تمهيدية عما إذا كان يمارس التدخين وتعاطي المخدرات وتاريخ البدء والكمية ثم عن الظروف الاجتماعية للتعاطي مثل وجود أقارب أو زملاء وبيانات عن دوافع التعاطي والتوقف والعودة والاستمرار وأسباب كل منها ونتائج التعاطي . . . الخ .

كذلك تم توجيه أسئلة عن اتجاهات المفحوص نحو التعاطي ونحو المكافحة ومصادر الحصول على المخدرات .

وقد كان الاستبار يتضمن أسئلة يمكن توجيهها للمتعاطي وغير المتعاطي ، وقد كان وضع هذه الأسئلة مقصود به امكان توجيهها إلى مجموعة ضابطة من غير المتعاطين وهو ما حدث بالفعل .

وقد تم اتخاذ الإجراء اللازم لضمان وضوح ودقة الأسئلة وملاءمتها

(*) سيتم استخدام لفظ استبار واستبانة بالتبادل وذلك لأنه لفظ استبار تم شيوعه كأداة تستخدم لجمع معلومات في موقف مواجهة (انظر مصطفى سويف ١٩٦٥ مقدمة لعلم النفس الاجتماعي الباب الرابع) أما لفظ استبانة فقد شاع استخدامه للدلالة على نفس الأداة في المجتمع الكويتي .

للتطبيق على عينة الدراسة من تجريبية وضابطة .

والجدير بالذكر أن إعداد الأداة لم يأت من الفراغ بل استفاد من خبرة الباحث خلال عمله كعضو بهيئة بحث تعاطي الحشيش بمصر وعضويته للهيئة الأساسية للبرنامج الدائم لبحوث المخدرات بمصر (بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية) .

وقد جاءت الاستفادة الأساسية من الاستبصار بالأدوات التي استخدمت في الدراسات المصرية ، ومن هنا فإن بنود الاستخبار قد استفادت من حيث المضمون بأدوات ونتائج الدراسات المصرية . (هيئة بحث تعاطي الحشيش ١٩٦٠ ، Soueif et al, 1988) .

كذلك فقد تم الاستفادة من آراء المتخصصين من الزملاء في مجال القياس النفسي والدراسات النفسية والإجتماعية والتربوية بجامعة الكويت ، حيث تمت مناقشة الاستخبار وبنوده مع عدد كبير من الزملاء العاملين في حقل البحوث النفسية .

تم بعد ذلك استخدام الأداة في عدد من الدراسات الاستكشافية تحت إشراف الباحث لتجربة البنود من حيث الوضوح والصدق والثبات . وهو الأمر الذي تمكنا من خلاله من تطوير الأداة حتى وصلت إلى صيغة ملائمة تمت مناقشتها بعد ذلك مع مستشار الحاسب الآلي الذي تولى مهمة تنفيذ خطة التحليلات الإحصائية وبناء على تلك المناقشات تمت صياغة البنود وفئات الإجابة بما يسمح بالمعالجة الإحصائية المناسبة ، وقد تم الحصول على درجات للثبات لبنود الاستمارة (الاستبار) بطريقة إعادة التطبيق وهو ما نعرضه قرين كل سؤال (انظر الملحق رقم٢ ص١٩٣) .

وقد قمنا كذلك بحساب الثبات بطريقة ألفا وبطريقة القسمة النصفية للسؤالين ١٩ ، ٢٠ وهما يتضمنان عددا كبيرا من الأسئلة الفرعية وفيما يلي بيان بدرجات الثبات لهذين السؤالين ، وذلك من واقع نتائج الدراسة على المجموعة الكلية وبعض المجموعات الفرعية الأخرى .

جدول رقم (٩)
معاملات ثبات السؤالين ١٩ ، ٢٠ من الاستبار (Interview)
على مجموعات مختلفة

معاملات الثبات	المتغيرات/ المجموعات		سؤال ١٩	سؤال ٢٠
ألفا	الكلية	(٣٩٠)	٨٤	٨٥
	الضابطة	(١٥٠)	٨٥	٨٥
	كحول	(٥١)	٧٧	٧٧
	حشيش	(٣٥)	٨٨	٨٣
سبيرمان براون	الكلية	(٣٩٠)	٨٢	٨٣
	الضابطة	(١٥٠)	٨٤	٧٧
	كحول	(٥١)	٦٩	٧٨
	حشيش	(٣٥)	٨٥	٧٢
جُتمان	الكلية	(٣٩٠)	٨٢	٨٣
	الضابطة	(١٥٠)	٨٠	٧٦
	كحول	(٥١)	٦٩	٧٧
	حشيش	(٣٥)	٨٤	٧١

ويتضح من نتائج الثبات الخاصة بالاستبار أنه على درجة مقبولة من الاتساق ، وهو ما يسمح لنا باستخدامه في الدراسة الحالية .

المقاييس الموضوعية Objective tests

تم في هذه الدراسة استخدام بطارية من المقاييس النفسية تقيس الجوانب التالية :

أ ـ السلوك النفسي الحركي وهو الخاص بالسرعة ودقة الأداء بواسطة اليد باستخدام الأصابع مع اشتراك الإدراك البصري بشكل متآزر مع الأداء الحركي .

والمقاييس التي استخدمت هي مقياسان من بطارية الاستعدادات العامة G A T B هما مقياس التنقيط (. . .) أي وضع ثلاث نقاط في مستطيل على مدى ثلاثين ثانية ومقياس التخطيط أي وضع خط تحت خطين في مربع على مدى ثلاثين ثانية أيضا والدرجة هي عدد المحاولات الصحيحة .

كذلك استُخْدم مقياس بندر جشطلت للنسخ والتذكر وهو مقياس يقيس وظائف معرفية من قبيل الإنتباه والإدراك والتذكر كما يقيس دقة الأداء الحركي . وتشير الدراسات الإكلينيكية إلى أنه ذو كفاءة عالية في تشخيص بعض الاضطرابات العضوية في المخ .

وقد أثبتت تلك المقاييس كفاءة عالية في التمييز الإكلينيكي كما أنها كانت على درجة عالية من الحساسية لإبراز الفروق بين متعاطي المخدرات وغير المتعاطين . (Soueif et al., 1980; PP. 90-109)

مقاييس السلوك المعرفي

تم استخدام مقياس السعة الرقمية Digit Span من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين لقياس الذاكرة ، وقد تم اشتقاق ثلاثة مقاييس من هذا المقياس هي الذاكرة الأمامية والذاكرة العكسية والذاكرة الكلية ، وهي من المقاييس التي استخدمت في الدراسة المصرية لتعاطي الحشيش وكشفت أيضا عن كفاءة عالية في التمييز (Ibid) .

هذا بالإضافة الى مقياس بندر جشطلت المشار إليه من قبل ويضم مقياسين كما ذكرنا للإدراك المباشر (النسخ) وللتذكر ، بالإضافة إلى أنه مقياس للأداء الحركي ولتشخيص التلف العضوي في المخ .

هذا بالإضافة إلى مقياس تم إعداده خصيصا لهذه الدراسة وهو عبارة عن مقياس لتحديد الفروق بين أطوال ثلاثة خطوط ، ويتكون من عشرين بندا ويطلب من المفحوص فيه أن يحدد الخط الأوسط من حيث الطول ، وقد اشتقت من هذا المقياس ثلاثة مقاييس للخطأ في اتجاه التطويل ومقياس للخطأ في اتجاه التقصير ومقياس للأداء السليم ، ويؤديه المفحوص في زمن مفتوح .

مقاييس الشخصية

أ - استخبار الشخصية لايزنك

تم استخدام استخبار آيـزنك للشخصيـة EPQ للراشدين (Eysneck, 1975) وهـذا المقياس يقيس عـددا من السمات التي تـأكد عـبر العـديـد من الدراسات وجودها كعوامل أساسية في بناء الشخصية وهذه السمات هي :

أ ـ العصابية أي الميل إلى عدم الاتزان والاضطراب الانفعالي .

ب ـ الانبساط وهو عبارة عن الميل إلى الانتشار والحركة والظهور والاقتحام .

ج ـ الذهانية ، وهو الميل إلى المرض العقلي بارتكاب حماقات وأنماط سلوكيـة مرفوضة وغير مقبولة من المجتمع والاستمتاع بإيذاء الآخرين .

د ـ الإجرامية أو السلوك السيكوباتي ، وهـو سلوك يميل صـاحبه إلى مخـالفة الأعراف ومعايير السلوك المتعارف عليها ويتفنن في إيذاء الناس ويستغل قدراته العقلية في الأعمال الانحرافية .

هـ ـ الكذب أو الميل إلى تحسين صورة الذات أو الجاذبية الاجتماعية ، ويميل صاحب الدرجات العالية على هذا المقياس إلى إعطاء صورة إيجابية مشرقة عن نفسه حتى لو كان هذا دون أساس من الواقع .

ب ـ القابلية للإيحاء

تم اشتقاق هذا المقيـاس من استخبار منسـوتا المتعـدد الأوجه لقيـاس الشخصية MMPI وقد تم استخدامه في العديد من الـدراسات وكشف عن كفـاءة عـاليـة في التشخيص والتمييـز الإكلينيكي وفي مجـال البحـوث أيضـا (حنورة ، ١٩٨٢) .

العمـــر

بالإضافة إلى مقاييس المتغيرات السابقة تم وضع العمـر كمتغير ينبغي ضبطه أثناء الدراسة ، وقد أجريت عليه التحليلات الإحصائية المختلفة باعتباره أحد المتغيرات المهمة وقد كان أحد بنود الاستبار (وقد سبق عرض بياناته عند الحديث عن العينة) .

التعليـــم

كذلك تم استخدام متغير التعليم كمتغير يجب ضبطه أثناء الدراسة عند المقارنة بين المتعاطين وغير المتعاطين لما لهذا المتغير من أهمية كبيرة في إفراز فروق بين مجموعات التعليم المختلفة مما قد يتداخل مع الفروق الناتجة بسبب تعاطي المخدرات والكحوليات .

وقد تم اخضاع المقاييس السابقة لإجراءات متعددة خاصة بالثبات والصدق ، نعرض فيما يلي لأهم أشكالها متمثلا في درجات الثبات التي يعرضها الجدول رقم ١٠ .

تعليق

يتضح من النتائج الخاصة بتجربة الثبات أن جميع الاختبارات ذات ثبات مقبول وإن بدا في بعض الأحيان أن بعض المقاييس ذات ثبات ضعيف لدى بعض المجموعات إلا أن ثباتها جاء مرتفعا في مجموعات أخرى .

وعلى ذلك فلقد تم الاستقرار على استخدامها . ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى أن هذه المقاييس تستخدم في الثقافة العربية بشكل متواتر ، بل واستخدم بعضها في دراسة المخدرات بجمهورية مصر العربية وفي الهند أيضا (انظر : Soueif et al, 1980) وقد أثبتت كفاءة عالية من حيث ثبات نتائجها .

الصـــــدق :

المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة تستخدم في مجالات الإرشاد النفسي والإختبار والتوجه المهني والتصنيف للأغراض المختلفة ، كما أنها كما ذكرنا من قبل تستخدم في البحوث والتشخيصات الإكلينيكية وفي بحوث المخدرات (Ibid) .

والصدق الذي يستمد منها أو ينسب إليها هو صدق المفهوم Construct Validity وجميع المقاييس تقيس وظائف نفسية (معرفية أو حركية أو مزاجية)

جدول رقم (١٠)

درجات ثبات المقاييس الموضوعية

ن = ٢٠٠

طرق حساب الثبات	ألفا *				سبيرمان/براون				جتهان				اعادة التطبيق			
المجموعات / المقاييس	١	٢	٣	٤	١	٢	٣	٤	١	٢	٣	٤	١	٢	٣	٤
١	٤٨	٤٨	٠٠	٠٠	٢٢	٠٦	٤٢	٠٩	٢٢	٠٦	٤٠	٠٩	٦٠	٦٢	٤٤	٥٠
٢	٧٨	٧٨	٠٠	٠٠	٧٦	٧٨	٥٥	٧٢	٧٦	٧٨	٥٥	٧٢	٧١	٦٢	٦١	٧٢
٣	٧٣	٧٣	٠٠	٠٠	٦٧	٥٣	٧٦	٦٢	٦٧	٥٣	٧٥	٦٢	٧٣	٧٤	٧٥	٨١
٤	٣٩	٣٩	٠٠	٠٠	٢٧	٢٤	٤٣	١١	٢٧	٢٤	٤٣	١١	٦٢	٥٣	٦٣	٦٢
٥	٦٥	٦٥	٠٠	٠٠	٧٢	٦٦	٨٠	٥٨	٧٢	٦٥	٧٩	٥٨	٥٥	٥٤	٦٤	٦٤
٦	٦٧	٦٥	٠٠	٠٠	٦٣	٦٠	٤٩	٦٧	٦٣	٦٠	٤٩	٦٧	٧٤	٧٥	٥٠	٥٢
٧	٦٢	٧٠	٠٠	٠٠	٦١	٧٠	٣٧	٤١	٦٠	٦٩	٣٦	٤٠	٧١	٧٨	٤٣	٥٥
٨	٦٨	٧١	٠٠	٠٠	٦٤	٦٤	٦٢	٧١	٦٣	٦٤	٦١	٧٠	٧٥	٧٢	٦٥	٦٦
٩	٤٤	٤٤	٠٠	٠٠	٣٤	٢٥	٢٩	٢٤	٣٤	٢٤	٢٩	٢٤	٧٦	٧٦	٦٤	٦٠
١٠															٦٥	٦٧
١١															٧٠	٦٢
١٢															٦٨	٦٥
١٣															٨١	٨٥
١٤															٦٦	٦٨
١٥															٨٧	٩٢
١٦															٨٥	٩٣

(١) تم رفع العلامة العشرية واكتفي برقمين عشريين وحسب الثبات بالطرق الأربع الموضحة على أربع مجموعات هي تعاطي الكحوليات (ن٥١) ومجموعة تعاطي الحشيش (ن٣٥).

(٢) المقاييس المستخدمة في الجدول السابق هي:
مقياس أيزنك: ١ ـ الكذب ٢ ـ العصابية ٣ ـ الانبساط ٤ ـ الذهانية ٥ ـ الإجرام.
القابلية للإيحاء: ٦ ـ القابلية للايحاء.
مقاييس الأطوال: ٧ ـ الدقة ٨ ـ خطأ التقصير ٩ ـ خطأ التطويل
ذاكرة الأرقام: ١٠ ـ أمامية ١١ ـ عكسية ١٢ ـ كلية.
بندر جشطلت: ١٣ ـ نسخ ١٤ ـ تذكر.
السلوك الحركي: ١٥ ـ التنقيط ١٦ ـ التخطيط.

ثم التأكد من طبيعتها عبر العديد من الدراسات .

فمقاييس السلوك الحركي وهي أجزاء من بطارية GATB (بطارية قياس الاستعدادات العامة الأمريكية) تقيس السلوك الحركي من خلال أداء بعض الأعمال الحركية ، ومقياس وكسلر بلفيو للذكاء يقيس الجزء المستمد منه والمستخدم في هذه الدراسة والمعروف باسم السعة الرقمية Digit Span يقيس ذاكرة الأرقام الأمامية والعكسية ، أما بندر جشطلت فهو مقياس يستخدم للتشخيص الإكلينيكي وقد أثبت كفاءة عالية من حيث قياسه للمهارات اليدوية والتذكر والإدراك ، كما أنه أمكن الاستدلال من درجاته على علاقة الأداء المنخفض عليه وبعض الاصابات العضوية في المخ (Ibid) .

أما مقياس القابلية للإيحاء فهو مقياس لفحص القابلية للاستهواء والتأثير ، وقد تم استخلاصه من مقياس منسوتا المتعدد الأوجه لقياس الشخصية M M P I (حنورة ، ١٩٨٦) ، وقد تم التأكد من صلاحيته وصدقه بالنسبة لتلك الوظيفة .

أما مقاييس آيزنك المستمدة من استخبار آيزنك للشخصية EPQ فهي خمسة مقاييس أجريت عليها دراسات متعددة واتضح منها أن المقاييس الخمسة تقيس فعلا ما وضعت لقياسه (Eysneck, 1975) . أي أنها تقيس (أ) الكذب « أو تزييف الإجابة أو الجاذبية الاجتماعية Social Desirability » ، (ب) وتقيس أيضا العصابية (ج) ثم تقيس الانبساط (د) ثم تقيس الذهانية (هـ) وتقيس الاستعداد للجريمة .

بعد ذلك يوجد مقياس الأطوال وهو مقياس أعددناه لقياس الكفاءة في مقارنة الأطوال ، ويستخرج منه ثلاثة مقاييس هي دقة التقدير والخطأ في اتجاه التطويل والخطأ في اتجاه التقصير ، وقد تمت مناقشة فكرة المقياس مع عدد من الزملاء (منهم د . حسن عيسى ، د . عبد الفتاح القرشي) ، كما تم استخدام الاستخبار في أكثر من دراسة استكشافية وأعطي نتائج متسقة ، كما أن هناك شواهد إكلينيكية (من خلال متابعة سلوك بعض حالات التعاطي) تشير إلى

وجود صدق تلازمي بما يجعل من الممكن الاعتماد عليه .

ومن الجدير بالذكر أن نقرر في هذا السياق أن اختيارنا لتلك المقاييس قد مر برحلة طويلة من التجريب على عينات متعددة استمرت عامين متواليين على متعاطين لأصناف مختلفة من المخدرات إلى أن تأكدنا من موضوعية المقاييس بما يسمح لنا (ولغيرنا) بالاعتماد على نتائجها .

التطبيق

تم التطبيق بطريقة فردية تحت إشراف الباحث الرئيسي ، وبطريقة تكفل الراحة والحرية والسرية للبيانات ، وذلك من خلال متخصصين نفسانيين مدربين وذلك في الفترة من يناير ١٩٨٦ وحتى سبتمبر ١٩٨٧ (وقد تابع العمل مع الباحث كمشرفين تنفذيين أربعة باحثين هم صابر يوسف وفوزية فرج من مستشفى الطب النفسي بالشويخ ومجدي جوادي وثروت نواز وزهير القلاف المتخصصين بوزارة الشئون)

أما عن تدريب باحثي الميدان فقد تم في الفترة من سبتمبر ١٩٨٥ وحتى ديسمبر ١٩٨٥ تحت إشراف الباحث الرئيسي ، وقد تم هذا التدريب بقسم علم النفس بكلية الآداب بجامعة الكويت وشمل محاضرات عن هدف البحث وطبيعته ومتغيراته وأدواته وبياناً عملياً عن كيفية التطبيق ثم تدريبا على التطبيق إلى أن تم الوصول إلى الدرجة المطلوبة من الدقة والكفاءة لدى الباحثين المختارين (عمل مع الباحث بالإضافة إلى المشرفين الخمسة السابق الإشارة إليهم عشرون باحثا ميدانيا جميعهم من الحاصلين على ليسانس علم النفس) .

التحليلات الإحصائية

تم وضع خطة التحليلات الإحصائية وتنفيذها بمشاركة الأستاذ محمد عطارة مستشار الحاسب الآلي بجامعة الكويت . وقد تم الاستقرار على استخلاص بيانات وصفية تخص الاستبار وبنوده والحصول على فروق باستخدام الأساليب المناسبة مثل كا٢ وt-test بالنسبة للمقاييس الموضوعية ، كما تم

استخلاص قيم (ف) للكشف عن الفروق في الأداء بين المجموعات المستخدمة في هذه الدراسة كذلك استخدم التحليل العاملي لتصنيف الأبعاد السلوكية لمجموعة المتعاطين الكلية ، ويضم التقرير الحالي جانبا من النتائج التي تم الحصول عليها باستخدام الأساليب الإحصائية المشار إليها وسوف يتم إعداد تقارير تالية تتضمن باقي النتائج التي تم الحصول عليها .

الفصل السابع

عرض ومناقشة النتائج

أولا: عرض نتائج بيانات الاستبار والتعليق عليها

مقـدمـة

سوف نقوم بعرض نتائج الدراسة من خلال عدة محاور هي محور بيانات وديناميات سلوك التعاطي (الاستبار ، الفصل السابع) ثم بيانات خاصة بالفروق بين المدخنين وغير المدخنين في الأداء على المقاييس النفسية (الفصل الثامن) ثم نتائج الإحصاء الوصفي للأداء على المقاييس لكل مجموعة (الفصل التاسع) ثم نتائج تحليل التباين لكل متغير من المتغيرات للكشف عن قيم (ف) التي تعبر عن وجود فروق بين أداء المجموعات المختلفة على كل مقياس من مقاييس الدراسة (الفصل العاشر) ثم تأتي في النهاية المقارنة بواسطة اختبار (ت t) بين كل مجموعتين من المجموعات السبعة في الأداء على كل مقياس من مقاييس الدراسة (الفصل الحادي عشر) ثم نتائج التحليل العاملي لأداء مجموعة المتعاطين على متغيرات الدراسة (الفصل الثاني عشر) ثم خاتمة (الفصل الثالث عشر) .

وفيما يلي استعراض للنتائج :

بيانات الاستبار

يتضمن الاستبار واحدا وعشرين بندا بعد البيانات الأولية (كالعمر والجنس والدين والتعليم) والأسئلة من رقم (١) الى رقم (٣) متعلقة بالتدخين ، وقد تمت المقارنة بين المجموعات المختلفة ولم توجد فروق ذات

دلالة ، أما السؤال رقم (٤) والسؤال رقم (٥) فهما عن الاستفسار حول تعاطي المخدرات وتاريخ البدء في التعاطي .

وسوف نبدأ بعرض النتائج التي تضمنتها بيانات الاستبار بدءا من السؤال رقم (٥) . وسوف تكون المقارنة بين المجموعة الضابطة ومجموعة الحشيش كلما كان ذلك متاحا أو بين مجموعتي تعاطي الكحول وتعاطي الحشيش .

وسوف لا نتعرض بالمناقشة في الجزء الحالي لباقي المجموعات لأنها ذات أحجام عددية صغيرة ولأنها من ناحية أخرى لم تكشف عن تميز واضح في الأداء على المقاييس كما سوف نلاحظ فيها بعد في الموضع المناسب .

جدول رقم (١١)

سؤال رقم : ٥

نص السؤال : متى بدأت تعاطي المخدرات ؟

المجموعات	أقل من سنة	٢ سنة	٣ سنوات	٤ سنوات	٥ سنوات	٦ سنوات	المجموع
تعاطي الكحول	٢	١	٧	٥	٢	٣٤	٥١
٪	٣,٩	٢,٠	١٣,٧	٩,٨	٣,٩	٦٦,٧	١٠٠
الترتيب	٤	٦	٢	٣	٤	١	
تعاطي الحشيش	٤	١	٦	١	٧	١٦	٣٥
٪	١١,٤	٢,٩	١٧,١	٢,٩	٢٠,٠	٤٥,٧	١٠٠
الترتيب	٤	٥	٣	٥	٢	١	

كا٢ = ١٠,٤٠

مستوى الدلالة : ٠,٧٠

يتضح من المقارنة أن المجموعتين متماثلتان في توزيعهما على سنوات التعاطي ولا يوجد أي فرق دال وفقا لما إنتهى إليه التحليل الاحصائي .

ومن حيث الترتيب فإن غالبية مجموعة الكحوليات تأتي في المرتبة الأولى من حيث طول المدة (٦ سنوات) وكذلك نفس الأمر بالنسبة لمجموعة تعاطي الحشيش .

وعموما فإن معظم أفراد العينة يمكن أن يطلق عليهم وصف المزمنين Chronics في التعاطي سواء بالنسبة للكحوليات أو بالنسبة للحشيش .

جدول رقم (١٢)

سؤال رقم : ٦

نص السؤال : ما هي الأسباب التي دفعتك للتعاطي لأول مرة ؟

المجموعات	١ فرفشة	٢ تداوي	٣ متاعب نفسية	٤ مشاركة وتقليد	٥ حفلات	٦ تجربة الجديد	أخرى	مجموع
تعاطي الكحول	٨	١	١٠	١	٥	٢٠	٦	٥١
٪	١٥,٧	٢,٠	١٩,٦	٢,٠	٩,٨	٣٩,٢	١١,٨	
الترتيب	٣	٦	٢	٦	٥	١	٤	
تعاطي الحشيش	٤	١	٧	٣	١	١٣	٦	٣٥
٪	١١,٤	٢,٩	٢٠,٠	٨,٦	٢,٩	٣٧,١	١٧,١	
الترتيب	٤	٦	٢	٥	٦	١	٣	

كا٢ = ٤,١٨

مستوى الدلالة : ٠,٦٥

يتضح من فحص الجدول أن تجربة الجديد وحب الاستطلاع هي السبب الرئيسي في كلا المجموعتين وأن المتاعب النفسية والاجتماعية هي السبب الثاني المسئول عن بدء التعاطي في كلا المجموعتين أيضا وأن الفرفشة هي السبب الثالث لدى متعاطي الكحول يليه أسباب أخرى ، ولدى متعاطي الحشيش تأتي الأسباب الأخرى ثم الفرفشة هما السبب الثالث والرابع ، ونجد أن التشابه

قائم أيضا . يأتي بعد ذلك الحفلات كسبب خامس لدى متعاطي الكحول يليه المشاركة والتقليد وهما السببان التاليان أيضا مع تبادل المواقع لدى متعاطي الحشيش .

وبإيجاز يمكن القول أن التشابه قائم سواء في أسباب التعاطي ككل أو في الترتيب لتلك الأسباب في كلتا المجموعتين وبدون فروق دالة .

جدول رقم (١٣)

سؤال رقم : ٧

نص السؤال : ما هي الأسباب التي تدفعك عادة إلى التعاطي ؟

المجموعات	١ فرفشة	٢ علاج	٣ هموم	٤ مشاركة	٥ حفلات	المجموع
تعاطي الكحول ٪ الترتيب	٩ ١٧,٦ ٢	٩ ١٧,٦ ٢	٢٣ ٤٥,١ ١	٦ ١١,٨ ٤	٤ ٧,٨ ٥	٥١
تعاطي الحشيش ٪ الترتيب	٧ ٢٠,٠ ٣	٤ ١١,٤ ٤	١١ ٣١,٤ ١	٤ ١١,٤ ٤	٩ ٢٥,٧ ٢	٣٥

كا٢ = ٥,٩٦

مستوى الدلالة : ٠,٢٠

تظهر المقارنة عدم وجود فروق في التوزيع بين المجموعتين فيما يتعلق بالأسباب التي تدفع عادة إلى التعاطي أو فيما يتعلق بترتيب الأسباب ونلاحظ أن أسباب تعاطي الكحول حسب الترتيب هي الهموم ثم الفرفشة والعلاج (التساوي) ثم المشاركة ثم الحفلات ، وبالنسبة للحشيش تأتي الهموم أولا ثم الحفلات ثم الفرفشة ثم العلاج والفرفشة (معا) . وعلى الرغم من عدم وجود فوارق في طبيعة التوزيع إلا أن الترتيب قد يحمل مغزى مختلفا بالنسبة لكل

مجموعة من المجموعتين ـ الهموم ترتيبها الأول في المجموعتين ولكن الحفلات تأتي الأولى في الحشيش والخامسة في الكحول ثم الفرفشة في الكحول . . . عموما يمكن القول أن الخلاف محدود من حيث الرغبة في القضاء على الهموم ونسيان المشكلات . ويبدو أن الأسباب متشابهة في كلتا المجموعتين من حيث التوزيع ومن حيث الترتيب مع خلاف بسيط لا يخل باتساق التوزيع .

جدول رقم (١٤)

سؤال رقم ٩ ·

نص السؤال : هل سبق لك التوقف عن التعاطي ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
تعاطي الكحول ٪	٢٣ ٤٥,١	٢٨ ٥٤,٩	٥١
تعاطي الحشيش ٪	٢٤ ٦٨,٦	١١ ٣١,٤	٣٥

كا٢ معدلة = ٣,٧٢

مستوى الدلالة : ٠,٠٥٤

يدل التوزيع على وجود فرق واضح وهو أن من توقفوا عن تعاطي الحشيش أكبر من الذين توقفوا عن تعاطي الكحول ودلالة ذلك هي أن التوقف عن تعاطي الحشيش قد يكون أيسر ، وذلك لأن إدمان الكحول أو الاعتماد عليه أشد وطأة وإلحاحا من الاعتماد على الحشيش .

جدول رقم (١٥)

سؤال رقم ١٠

نص السؤال : في حالة التوقف ، لماذا ؟

المجموعات	١ علاج	٢ نصيحة	٣ رغبة شخصية	٤ مرض	٥ خوف من القانون	٦ أخرى	المجموع
تعاطي الكحول	٣١	٣	١١	٢	٢	٢	٥١
٪	٦٠,٨	٥,٩	٢١,٦	٣,٩	٣,٩		
الترتيب							
تعاطي الحشيش	١٢	٠	٩	٢	٣	٩	٣٥
٪	٣٤,٣	٠	٢٥,٧	٥,٧	٨,٦	٢٥,٧	
الترتيب	١	٦	٢	٥	٤	٢	

كا^{٢} = ١٣,٧٥

مستوى الدلالة : ٠,٠١٧

يشير التوزيع إلى وجود فروق ، ولكن الترتيب يظهر أن العلاج هو السبب الأول في كلتا المجموعتين يليه الرغبة الشخصية كسبب ثاني ثم النصيحة فخوف القانون لدى متعاطي الكحول ثم المرض لدى متعاطي الحشيش .

وعلى وجه العموم فإن العلاج هو السبب الرئيسي في كلتا المجموعتين ويضم أكبر نسبة من كلتا الفئتين .

جدول رقم (١٦)

سؤال رقم : ١١

نص السؤال : هل عدت تتعاطى بعد أن توقفت ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
تعاطي الكحول ٪	٢٢ ٩٦,٠	١ ٤,٠	٢٣
تعاطي الحشيش ٪	١٩ ٨٠,٠	٥ ٢٠,٠	٢٤

توضح الإجابة على السؤال أن متعاطي الكحول أيسر في العودة إلى التعاطي بنسبة ٩٦٪ أما متعاطي الحشيش فهم وان كانوا نسبة كبيرة ٨٠٪ إلا أنهم أقل بحوالي ١٦٪ من متعاطي الكحول في العودة الى التعاطي . أما النسبة التي لم تعد إلى التعاطي فالسبب قد يكون وجودهم في السجن أو تحت العلاج .

جدول رقم (١٧)

سؤال رقم ١٢

نص السؤال : ما هو سبب العودة للتعاطي ؟

المجموعات	٠ غير مطلوب	١ مشكلات الحياة	٢ علاج	٣ اغراء الآخرين	٤ رغبة شخصية	٥ أسباب أخرى	المجموع
تعاطي الكحول	٢٨	٥	٠	٣	١٤	١	٥١
٪	٥٤,٩	٩,٨	٠	٥,٩	٢٧,٥	٢,٠	
الترتيب	١	٣	٦	٤	٢	٥	
تعاطي الحشيش	١٣	٣	١	٧	٧	٤	٣٥
٪	٣٧,١	٨,٦	٢,٩	٢٠,٠	٢٠,٠	١١,٤	
الترتيب	١	٥	٦	٢	٢	٤	

كا٢ = ١٠,٠٩

مستوى الدلالة : ٠,٠٧

التوزيع كما يبدو لا توجد فيه فروق ذات دلالة والسبب الرئيسي للعودة للتعاطي هو الرغبة الشخصية لدى المجموعتين (أي عدم القدرة على المقاومة) وفي نفس الفئة لدى متعاطي الحشيش إغراء الآخرين (وعلينا أن نتذكر أن تعاطي الحشيش تتم ممارسته كحافز من خلال الجماعة) . أما السبب الثاني للعودة في تعاطي الكحول فهو مشكلات الحياة فتعاطي الخمور يلجأ إليه الشخص للقضاء على الاكتئاب الفردي .

جدول رقم (١٨)

سؤال رقم ١٣

نص السؤال : هل لك أصدقاء يتعاطون المخدرات أو الكحوليات بدون أمر الطبيب ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
تعاطي الكحول ٪	٤٧ ٩٢,٢	٤ ٧,٨	٥١
تعاطي الحشيش ٪	٣٢ ٩١,٤	٣ ٨,٦	٣٥

كا٢ = ٠,٠

مستوى الدلالة : ٠ر٠

يتضح من بيانات الجدول أن كلا الفئتين تنتميان إلى توزيع متشابه وهذا معناه في اتجاه التوزيع أن المتعاطين لهم أصدقاء يتعاطون بنفس النسبة تقريبا ٢ر٩٢٪، ٤ر٩١٪ مع فرق ضئيل في تعاطي الكحول.

ودلالة هذا أن هناك سياقاً اجتماعيا يحكم عملية التعاطي ، وهذا السياق هو الذي يدفع إلى التعاطي ويحافظ على استمراره أيضا ويعمل بمثابة المناخ المحتضن لهذا السلوك والمحبذ له .

جدول رقم (١٩)

سؤال رقم ١٣

نص السؤال : هل لك أصدقاء يتعاطون المخدرات ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
الضابطة ٪	٣٥ ٢٣,٣	١١٥ ٧٦,٧	١٥٠
كحوليات ٪	٤٧ ٩٢,٢	٤ ٧,٨	٥١
حشيش ٪	٣٢ ٩١,٤	 ٨,٦	٣٥
المجموع ٪	١١٤ ٤٨,٣	١٢٢ ٥١,٧	٢٣٦

كا٢ = ١٠٢,٨

مستوى الدلالة : ٠,٠٠١

تشير النتائج الى أن متعاطي المخدرات لهم أصدقاء أكثر (وبنسبة دالة بعد١٠٠ر٠) يتعاطون المخدرات والكحوليات وذلك عند مقارنتهم بأفراد المجموعة الضابطة الذي قرر ٢٣ر٣٪ منهم فقط وجود أصدقاء لهم يتعاطون المخدرات . ومن الواضح أن المناخ الاجتماعي للمتعاطين مهيأ للتعاطي . وحين يجد الشخص المناخ ملائما وميسرا للتعاطي ، بمعنى أن مقومات الاغراء تكون موجودة في محيطه الاجتماعي على عكس ما هو موجود عند المجموعة الضابطة ، فان الفرصة تكون سانحة لكي ينخرط في هذا السلوك المحبذ اجتماعيا ، وهو ما يتسق مع سلوك النمذجة Modeling الذي دارت من حوله دراسات عديدة في سلوكيات التعلم من خلال سياق اجتماعي .

جدول رقم (٢٠)

سؤال رقم : ١٤

نص السؤال : هل لك أقارب يتعاطون المخدرات بدون أمر الطبيب ؟

المجموعات	لا صفر	١ والد	٣ أخ	نعم ٥ خال/عم	٦ آخرون	المجموع
تعاطي الكحول	٣٦	٤	٣	٢	٦	٥١
	٧٠,٦	٧,٨	٥,٩	٣,٩	١١,٨	
الترتيب		٢	٣	٤	١	
تعاطي الحشيش	٢٠	٠	٤	٠	١١	٣٥
٪	٥٧,١	٠	١١,٤	٠	٣١,٤	
الترتيب		٣	٢	٣	١	

كا٢ = ٩,٥٤

مستوى الدلالة : ٠,٠٤٩

يتضح من التوزيع أن الأقارب المباشرين في تعاطي الكحوليات أكثر من الأقارب في تعاطي الحشيش ، ولكن هناك أقارب غير مباشرين وبنسبة مرتفعة ٣١ر٤٪ أكثر في تعاطي الحشيش مقابل ١١ر٨٪ في تعاطي الكحوليات.

ودلالة التوزيع بهذا الشكل الفارق أن تعاطي الكحوليات يتم علنا داخل المنزل وعلى مرأى من الشخص الذي يتعاطى ، أما تعاطي الحشيش فانه لا يتم علنا وبالتصارح بين أفراد الأسرة .

يضاف الى ذلك أن تعاطي الكحوليات (بحكم أنه مُجَرَّم في الأماكن العامة فأنسب مكان لتعاطيه هو المنزل وأمام الأولاد) أما الحشيش فهو مُجَرَّم سواء بالمنزل أو خارجه ومن يهوى تعاطيه فانه يحرص على عدم وصول ذلك الى علم السلطات المختصة حتى لا يسبب لنفسه المتاعب وهو الأمر الذي يجعل من التعاطي أمرا يدعو الى الاستخفاء حتى عن أفراد الأسرة .

جدول رقم (٢١)

سؤال رقم ١٤

نص السؤال : هل لك أقارب يتعاطون المخدرات ؟

المجموعات	لا صفر ـ	١ والد	٣ أخ	نعم ٥ خال/عم	٦ آخرون	المجموع
الضابطة	١٣٧	٠	٢	٤	٧	١٥٠
٪	٩١,٣	٠	١,٣	٢,٧	٤,٧	
الترتيب	١	٥	٤	٣	٢	
كحوليات	٣٦	٤	٣	٢	٦	٥١
٪	٧٠,٦	٧,٨	٥,٩	٣,٩	١١,٨	
الترتيب	١	٣	٤	٥	٢	
حشيش	٢٠	٠	٤	٠	١١	٣٥
٪	٥٧,١	٠	١١,٤	٠	٣١,٤	
الترتيب	١	٤	٣	٤	٢	
المجموع	١٩٣	٤	٩	٦	٢٤	٢٣٦
٪	٨١,٨	١,٧	٣,٨	٢,٥	١٠,٢	
الترتيب	١	٥	٣	٤	٢	

كا٢ = ٤٩,٣١

مستوى الدلالة : ٠٠١ر٠

يشير مغزى هذه النتائج إلى أن متعاطي الحشيش يجد النموذج للتعاطي في عائلته ومعارفه بأكثر من المجموعتين الأخريين ومتعاطو الكحوليات في أقاربهم نسبة أكبر مما يوجد في المجموعة الضابطة ممن يتعاطون المخدرات . وعند اضافة هذه النتيجة الى النتيجة التي يعرضها السؤال رقم ١٣ أمكن الوصول الى

استنتاج على درجة معقولة من الصلابة والقوة وهو أن الأصدقاء والأقارب خارج الأسرة والأقارب داخل الأسرة يمثلون معا مناخا اجتماعيا ميسرا ومغريا للوقوع فريسة لسلوك التعاطي .

جدول رقم (٢٢)

سؤال رقم ١٥
نص السؤال : هل تحدث مشكلات بسبب التعاطي ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
تعاطي الكحول ٪	٢٧ ٥٢,٩	٢٤ ٤٧,١	٥١
تعاطي الحشيش ٪	٢٢ ٦٢,٩	١٣ ٣٧,١	٣٥

كا٢ = ٠,٤٨
مستوى الدلالة : ٠,٤٩

تشير نتائج هذا السؤال إلى أن تعاطي الكحول وتعاطي الحشيش يؤديان بنسبة كبيرة ومتقاربة إلى الوقوع في المشاكل بنسبة ٩ر٦٢٪ مقابل ٩ر٥٢٪ لتعاطي الكحوليات .

ومن الواضح أن تعاطي الحشيش أكثر من حيث تسببيه للمشكلات ، وربما كان السبب كما ذكرنا من قبل أنه مجرم داخل وخارج المنزل ؛ وربما لأنه عادة قد لا تكون مقبولة اجتماعيا أو دينيا على مستوى المجتمع المحلي ، وهو ما يجعل من متعاطيها شخصا أكثر استهجانا من قبل الآخرين وأكثر تعرضا للمشاكل .

جدول رقم (٢٣)

سؤال رقم : ١٥

نص السؤال : هل تحدث مشكلات بسبب التعاطي ؟

المجموعات	١ نعم	٢ لا	المجموع
الضابطة ٪	١٨ ١٢,٠	١٣٢ ٨٨,٠	٠١٥٠
كحوليات ٪	٢٧ ٥٢,٩	٢٤ ٤٧,١	٥١
حشيش ٪	٢٢ ٦٢,٩	١٣ ٣٧,١	٣٥
المجموع ٪	٦٧ ٢٨,٤	١٦٩ ٧١,٦	٢٣٦

كا٢ = ٥٥,٣٩

مستوى الدلالة : ٠١ر٠

تشير الاجابة الى أن المجموعة الضابطة ترى أغلبيتها (٨٨٪) عدم وقوع مشكلات بسبب تعاطي المخدرات والكحوليات وهو عكس اتجاه اجابة المجموعتين الأخريين وان كان متعاطو الحشيش يرون أكثر من مجموعة الكحوليات وجود مشكلات تقع بسبب التعاطي .

ومن الواضح من هذه الاجابات أن المتعاطين للمخدرات والكحوليات هم الذين يعايشون المشكلات والحوادث المترتبة على التعاطي ، وهم كثيرا ما يقعون فيها أو يتعرضون لها بشكل مباشر أو غير مباشر ، وهو ما يدل على أن التعاطي يؤدي إلى وقوع المشكلات بالفعل . أما ما يذهب إليه غير المتعاطين من

عدم وقوع مشكلات بسبب التعاطي فذلك لأنهم لا يتعاطون ولا يتضررون لمثل تلك المشكلات التي لا تقع لهم أصلا .

جدول رقم (٢٤)

سؤال رقم : ١٦

نص السؤال : في حالة حدوث مشاكل بسبب التعاطي ، هل هي :

المجموعات	لا صفر	١ عائلية	٢ زوجية	نعم ٤ أبناء	٥ زملاء	٦ ضد القانون	المجموع
تعاطي الكحول	٢٤	١٤	٤	٠	٣	٦	٥١
٪	٤٧,١	٢٧,٥	٧,٨	٠	٥,٩	١١,٨	
الترتيب	١	٢	٤	٦	٥	٣	
تعاطي الحشيش	١٦	٤	٠	٦	٢	٧	٣٥
٪	٤٥,٧	١١,٤	٠	١٧,١	٥,٧	٢٠,٠	
الترتيب	١	٤	٦	٣	٥	٢	

كا٢ = ١٤,٩٧

مستوى الدلالة : ٠,٠١

يشير التوزيع الى أن أكثر من ٥٠٪ من كلتا المجموعتين يقع في مشكلات بسبب التعاطي وأن هذه المشاكل تختلف في كلتا المجموعتين . فالمشاكل العائلية تأتي أولا لدى متعاطي الكحول على حين أن المشاكل القانونية تأتي أولا وكذلك المشاكل مع الرؤساء .

جدول رقم (٢٥)

سؤال رقم : ١٦

نص السؤال : في حالة حدوث مشكلات هل هي مشكلات :

المجموعات	صفر لا مشكلات	١ عائلية	٢ مع الزوجة	٤ رؤساء	٥ زملاء	٦ ضد القانون	المجموع
الضابطة	١٤٢	٢	٠	٠	١	٥	١٥٠
٪	٩٤,٧	١,٣	٠	٠	٠,٧	٣,٣	
الترتيب	١	٣	٥	٥	٤	٢	
كحوليات	٢٤	١٤	٤	٠	٣	٦	٥١
٪	٤٧,١	٢٧,٥	٧,٨	٠	٥,٩	١١,٨	
الترتيب	١	٢	٤	٦	٥	٣	
حشيش	١٦	٤	٠	٦	٢	٧	٣٥
٪	٤٥،٧	١١,٤	٠	١٧,١	٥,٧	٢٠,٠	
الترتيب	١	٤	٦	٣	٥	٢	
المجموع	١٨٢	٢٠	٤	٦	٦	١٨	٢٣٦
٪	٧٧,١	٨,٥	١,٧	٢,٥	٢,٥	٧,٦	
الترتيب	١	٢	٦	٤	٤	٣	

كا٢= ١١٣,٦٩

مستوى الدلالة : ٠٠١ر٠

تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة في التوزيع (كا٢=٩٦ر١١٣ وبمستوى دلالة بعد ٠٠١ر٠). واتجاه النتائج متعاكس عند مقارنة المجموعة الضابطة بالمجموعتين الأخريين اللتين جاءت اجاباتها متشابهة من حيث الاتجاه وان اختلفت من حيث حجم فئات الاجابة . فمتعاطي الكحوليات تحدث أكثر مشكلاته في العائلة (حوالي ٢٥٪) أما مشكلات متعاطي الحشيش فتقع مع رؤسائه وزملائه (حوالي ٢٣٪) .

جدول رقم (٢٦)

سؤال رقم : ١٧

نص السؤال : هل حدث هذا بالفعل لك (أي مشاكل ضد القانون) ؟

المجموعات	لا	نعم				المجموع
	صفر	١ حادثة	٢ مخالفة	٣ شجار	٤ مشكلة	
تعاطي الكحول ٪	٢٥ ٤٩,٠	٢ ٣,٩	٢ ٣١,٤	١٦ ١١,٨	٦	٥١
تعاطي الحشيش ٪	١٥ ٤٢,٩	٠ ٠	٢ ٥,٧	٧ ٢٠,٠	١١ ٣١,٤	٣٥

كا٢ = ٦,٧٥

مستوى الدلالة : ٠,١٥

واضح من التوزيع في كلتا مجموعتي الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة ، وإن كان من الواضح أن الشجار يقع بين متعاطي الحشيش ، والسبب فيما يبدو هو أن تعاطي الكحول يحيل الشخص الهادىء إلى شخص عنيف على حين أن تعاطي الحشيش يؤدي الى العكس فان التعاطي يرتبط بالهدوء والميل الى السكينة وربما الخمول والنوم .

جدول رقم (٢٧)

سؤال رقم : ١٧

نص السؤال : هل يحدث هذا ـ وقوع مشاكل بسبب التعاطي ـ بالفعل لك ؟

المجموعات	صفر لا يحدث	١ حادثة	٢ مخالفة	٣ شجار	٤ مشكلة	مجموع
الضابطة	١٣٢	١	١	٠	١٦	١٥٠
٪	٨٨,٠	٠,٧	٠,٧	٠	١٠,٧	
الترتيب	١	٣	٣	٥	٢	
كحوليات	٢٥	٢	٢	١٦	٦	٥١
٪	٤٩,٠	٣،٩	٣،٩	٣١,٤	١١,٨	
الترتيب	١	٤	٤	٢	٣	
حشيش	١٥	٠	٢	٧	١١	٣٥
٪	٤٢,٩	٠	٥,٧	٢٠,٠	٣١,٤	
الترتيب	١	٥	٤	٣	٢	
المجموع	١٧٢	٣	٥	٢٣	٣٣	
٪	٧٢,٩	١,٣	٢,١	٩,٧	١٤,٠	
الترتيب	١	٥	٤	٣	٢	

كا٢ = ٧٢,٩٧

مستوى الدلالة : ٠١ر٠

باستقراء النتائج التي يعرضها الجدول نلاحظ وجود نسبة من غير المتعاطين تقرر أنها تحدث لها مشكلات بسبب المخدرات ـ ويبدو أن المشكلات يكون سببها آخرين غير المفحوصين . أي أن المشكلات تحدث بسبب أفراد آخرين يختلط بهم غير المتعاطي أو من تكون له بهم علاقة .

أما بالنسبة لمتعاطي الكحوليات فان ٢٦٪ من المتعاطين يقررون وقوعهم

في مشكلات متنوعة . أما متعاطو الحشيش فنجد من بينهم حوالي ٥٧٪ يقررون أن هناك مشكلات تحدث لهم بسبب التعاطي .

وحين تقارن هذه الاجابات بالاجابات التي يعرضها السؤال رقم (١٥) نلاحظ وجود اتساق من حيث أن المشكلات التي يتعرض لها متعاطو الحشيش والتي يقرون بوقوعها متشابهة في كلا السياقين وهو ما يشير الى درجة معقولة من ثبات وصدق الأداة المستخدمة في الدراسة (الاستبيان) .

جدول رقم (٢٨)

سؤال رقم : ١٨

نص السؤال : يرى البعض أن المخدرات مفيدة والبعض يرى أنها ضارة فما هو رأيك الشخصي ؟

المجموعات	١ مفيدة	٢ ضارة	المجموع
تعاطي الكحول ٪	٥ ٩,٨	٤٦ ٩٠,٢	٥١
تعاطي الحشيش ٪	٢ ٥ر٧	٣٣ ٩٤,٣	٣٥

كا٢ = ٠,٠٧٨

مستوى الدلالة : ٠,٧٨٠

يجمع معظم أفراد المجموعتين وبنسب تزيد عن ٩٠٪ كما هو واضح على أن تعاطي الكحول وتعاطي الحشيش ضار .

وإن ظهر أن متعاطيي الحشيش يزيدون من حيث النسبة المئوية على متعاطي الكحوليات من حيث تقريرهم أن التعاطي ضار . وعلى وجه العموم فان الفروق غير دالة احصائيا بمعنى أن المجموعتين تنتميان الى مجتمع واحد من حيث ما يذهبان اليه من رأي حول أضرار التعاطي .

جدول رقم (٢٩)

سؤال رقم : ١٨

نص السؤال : يرى البعض أن المخدرات مفيدة والبعض الآخر يرى أنها ضارة فما رأيك الشخصي ؟

المجموعات	١ مفيدة	٢ غير مفيدة	مجموع
الضابطة ٪	٠ ٠	١٥٠ ١٠٠,٠	١٥٠
كحوليات ٪	٥ ٩,٨	٤٦ ٩٠,٢	٥١
حشيش ٪	٢ ٥,٧	٣٣ ٩٤,٣	٣٥
المجموع ٪	٧ ٣ر٠	٢٢٩ ٩٧,٠	٢٣٦

كا٢ = ١٣,٩٧

مستوى الدلالة : ٠,٠٠١

تشير النتائج إلى شبه اجماع بين المجموعات الثلاث الضابطة ومجموعة الكحوليات ومجموعة الحشيش على أن المخدرات غير مفيدة ، وإن وجدت نسبة من المتعاطين ـ في مقابل عدم وجود أي متعاطٍ ـ تقرر أن التعاطي مفيد .

والنتيجة بهذا الشكل تحمل إصرارا بعدم الفائدة ولكن مع ذلك هناك اصرار على التعاطي من قبل المتعاطين .

ولكن من ناحية أخرى نلاحظ أن حوالي ١٠٪ من متعاطي الكحوليات يقررون أن المخدرات مفيدة وذلك في مقابل لا شيء (من غير المتعاطين)

ومقابل ٣٪ من متعاطي الحشيش ، ومعنى هذا أن هناك نسبة واضحة غير مستبصرة من متعاطي الكحوليات ترى أن هناك فائدة لتعاطي المخدرات والكحوليات .

جدول رقم (٣٠)

سؤال رقم : ١٩ (أضرار التعاطي) ـ تجميع

نص السؤال : أضرار التعاطي

الاجابات	الضابطة (١٥٠)	كحول (٥١)	حشيش (٣٥)	كا٢	مستوى الدلالة
١ النظر	٨٢,٠	٣٣,٠	٣٤,٠	٥٥,٥٩	*
٢ السمع	٧٤,٧	١٧,٦	٤٠,٠	٥٥,٥١	*
٣ الفهم	٩١,٣	٧٦,٥	٥٤,٣	٣٨,٨٥	*
٤ اضطراب التفكير	٩٠,٠	٥٨,٨	٤٨,٦	٣٩,٩	*
٥ التذكر	٨٥,٣	٧٦,٥	٥٧,١	١٤,١١	*
٦ قلة النوم	٨٦,٧	٦٤,٧	٦٢,٩	١٦,٦٩	*
٧ الانتاج	٩٤,٠	٧٦,٥	٥٧,١	٣٣,٢٧	*
٨ الجنس	٨٢,٧	٤٣,٠	٢٦,٠	٥٥,٥	*
٩ الأخلاق	٩٠,٧	٦٢,٧	٤٠,٠	٤٨,٩	*
١٠ علاقات العمل	٩٢,٠	٤٥,٠	٤٩,٠	١٦,١٥	*
١١ العلاقات العائلية	٩٤,٧	٦٩,٠	٦٠,٠	٣٦,٤٨	*

تشير النتائج المعروضة في هذا الجدول الى أن متعاطي الكحوليات يشعرون بأكثر مما يشعر به متعاطو الحشيش من أضرار متعددة وذات أحجام متفاوته ، وأكثر الأضرار وضوحا هو ما يخص العمليات المعرفية كالفهم والتذكر واضطراب التفكير ثم الإنتاج والأخلاق . بينما يرى متعاطو الحشيش أن قلق النوم هو صاحب الرتبة الأولى (ورغم ذلك فإنه بمقارنة آراء متعاطيي الكحوليات نجد أن نسبتهم المئوية التي تقر بوجود هذا الضرر أكبر ولكن ترتيبها أقل) . وفي سياق اضطراب العلاقات العائلية نجد أن متعاطيي الخمور يقر

٦٩٪ منهم مقابل ٦٠٪ من متعاطيي الحشيش باضطراب العلاقات العائلية .

وعلى وجه العموم فإن معظم اتجاهات إجابات متعاطيي الحشيش تقلل (وبنسبة محدودة) من أضرار تعاطي المخدرات والكحوليات عند مقارنتها بآراء متعاطيي الكحوليات . وإن كانت هناك ملاحظة ينبغي ذكرها في هذا السياق هي أن هناك نسبة أكبر من متعاطيي الحشيش تؤكد الأضرار المتعلقة بالحواس وهو ما يبرز إحساسهم المباشر بالضرر الذي يقع على حواسهم ، وإن كانت نسبة أكبر من متعاطيي الكحوليات يقرون بضرر المخدرات على الجنس (٤٣٪ مقابل ٢٦٪) .

أما من حيث مقارنة إجابات مجموعة التعاطي بالمجموعتين الأخريين ، نلاحظ أن غير المتعاطين يذهبون إلى أن الضرر الناجم عن التعاطي كبير بالنسبة لجميع فئات الإجابة ، وإن كان من الملاحظ أن هناك خلافا في ترتيب الإجابة بين المتعاطين وغير المتعاطين ، حيث تأتي العلاقات العائلية في مقدمة الأمور التي تتضرر بسبب التعاطي ، يلي ذلك الإنتاج ثم علاقات العمل ثم الفهم فالأخلاق فالتفكير .

وعلى وجه العموم فإن اتجاهات غير المتعاطين نحو التعاطي تتعدد جزئيا بحجم الضرر الذي يرونه مترتبا على التعاطي ، وقد يكون ذلك مهما في تهيئة المناخ المناسب لاكتساب المناعة النفسية ضد التعاطي .

من ناحية أخرى نلاحظ أن الغالبية من المتعاطين تقر بأضرار التعاطي ، كما يلمسون هم أنفسهم ، إلا أنهم مع ذلك مستمرون في التعاطي ، وهذه مسألة تحتاج إلى توجيه اهتمام خاص إليها في أساليب التوجه إلى وجدان وعقل هؤلاء المتعاطين عند محادثتهم في الأضرار المترتبة على التعاطي وكيفية تحويل مجرد اقتناعهم بالضرر إلى سلوك إجرائي مضاد للتعاطي .

جدول رقم (٣١)

سؤال رقم : ٢٠ (تجريبية فقط) ـ تجميع

نص السؤال : أساليب المكافحة

الاجابات	ضابطة (١٥٠)	كحول (٥١)	حشيش (٣٥)	كا٢	مستوى الدلالة
١ الوعظ	٨٥,٣	٤٧,١	٦٠,٠	٣٢,٢١	–
٢ إعلام وتثقيف	٨٤,٠	٥٣,٣	٦٢,٩	٤٤,٣٨	*
٣ العبادة	٩٣,٣	٩٠,٠	٨٢,٩	٣,٩١	–
٤ العقاب للمتعاطي	٩٧,٣	٣١,٤	٤٠,٠	١١,٦٤	–
٥ عقاب التجار	٩٠,٧	٥٤,٩	٨٥,٧	٣٣,٦٢	*
٦ تنوير الطلاب	٩٠,٠	٣١,٤	٨٠,٠	٧١,٨٠	*
٧ التنشئة الإجتماعية الأسرية	٩٤,٧	٥٣,٠	٨٣,٠	٤٩,٠٨	*
٨ أماكن لشغل الفراغ	٨٤,٠	٤٥,٠	٦٨,٠	٤٨,٢٩	*
٩ الحدود والجمارك	٩٠,٠	٤٥,٠	٨٦,٠	٤٨,٢٩	*
١٠ مراقبة الأماكن المشبوهة	٩١,٣	٤٥,٠	٨٣,٠	٥١,٢١	*

تشير النتائج إلى أن أساليب المكافحة التي يقترحها المتعاطون تختلف من حيث الترتيب بالنسبة للمجموعتين . فيرى متعاطو الكحوليات أن أهم وسيلة للمكافحة هي العبـادة الفعليـة كوسيلة أولى للمكافحة يلي ذلك عقاب التجار ثم الوعظ ثم ، وبنسبة ضعيفة ، الجمارك بينما يرى متعاطو الحشيش أن مراقبة الحدود والجمارك هما أهم وسيلة ثم عقاب التجار وبعد ذلك الأماكن المشبوهة ثم التنشئة الاجتماعية ثم العبادة ومن الواضح من دلالة اتجاه الإجابات أن عامل الدين بالنسبة للكحوليات حاسم بشكل كبير بينما يظهر أن هذا الأمر أضعف من ذلك لدى متعاطي الحشيش ويحل مكانه التركيز على مطاردة مصدر الامداد من تجار إلى حدود إلى أماكن مشبوهة ثم التنشئة الاجتماعية . وبضم النتائج الخاصة بآراء غير المتعاطين إلى هذه الآراء تكتمل الصورة وضوحا وهو ما يبرزه العمود رقم (١) من الجدول الموضح أعلاه .

وبالنظر في النسب المئوية لإجابات المفحوصين (المجموعة الضابطة) عن الأساليب المقترحة للمكافحة نلاحظ أن دور التنشئة الاجتماعية يأتي في المقدمة يليه دور العبادة ثم حصار الأماكن المشبوهة ثم عقاب التجار ومراقبة الجمارك وحصار الطلاب . ومن المثير للانتباه أن عقاب المتعاطي يحظى بأقل نسبة موافقة لدى المجموعة الضابطة وهو نفس ما وجد لدى المجموعتين الأخريين .

جدول رقم (٣٢)

سؤال رقم : ٢١

نص السؤال : ما هو المصدر الذي تحصل منه على المخدرات أو الكحوليات ؟

المجموعات	١ زميل	٢ تاجر	٣ قريب	٤ صديق	٥ موظف جمارك	٦ مصدر آخر	مجموع
تعاطي الكحول	١١	٨	١	٢٠	٣	٨	٥١
٪	٢١,٦	١٥,٧	٢,٠	٣٩,٢	٥,٩	١٥,٧	
الترتيب	٢	٣	٦	١	٥	٣	
تعاطي الحشيش	٧	٩	١	١٢	٤	٢	٣٥
٪	٢٠,٠	٢٥,٧	٢,٩	٣٤,٣	١١,٤	٥,٧	
الترتيب	٣	٢	٦	١	٤	٥	

كا٢ = ٣,٨٥

مستوى الدلالة : ٠,٥٧

تشير النتائج إلى أن متعاطي الكحول والحشيش لهم مصادر متشابهة يحصلون منها على المخدرات أو الكحوليات وأول هذه المصادر هم الأصدقاء والزملاء ثم التجار . وقيمة كا٢ ٣٫٨٥ وبمستوى دلالة غير جوهري .

والإشارة واضحة وتؤكد أن المتعاطين لهم مصادر موثوق بها وهم الأصدقاء والزملاء والتجار . وإن كان الصديق هو أكثر المصادر أمانا لأنه مؤتمن

على أسرار صديقه ، كما أنه غالبا ما يكون متعاطيا ، يلي ذلك الزميل والتاجر لدى كلا المجموعتين وبالتبادل .

وعموما فإن التاجر هو المصدر الأساسي الذي يلجأ إليه الجميع ، ولكن هناك حلقة بين التاجر والمتعاطي على الأقل في بداية طريق التعاطي تتمثل في وجود وسيط ، قد يكون صديقا أو زميلا ، وهذا معناه أن هناك قنوات اجتماعية ومناخ محبذ للتعاطي وقادر على تبريره وحمايته متمثلا في الأصدقاء والزملاء .

تعليق على نتائج الإستبيان

تشير النتائج السابقة والخاصة بآراء المتعاطين وغير المتعاطين في المسائل المطروحة أن تعاطي المخدرات والكحوليات له أسبابه ودوافعه ، كما أن البيئة المحيطة بالفرد لها دورها البارز في التهيئة والتيسير لسلوك التعاطي ، كما أن توفر المخدرات والكحوليات وسهولة وصول المتعاطي إليها يلعب دورا مهما في تنشئة هذا السلوك وتدعيمه .

يضاف الى هذا أن هناك أفرادا يمكن أن يكونوا مهيئين ، من ناحية الاستعداد الشخصي (مرسي ، ١٩٧٩ ص ٣١١) لأن ينخرطوا في سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات وأي سلوك آخر (وهو ما سوف يتضح عند استعراض نتائج الفروق بين مجموعات الدراسة الخاصة بمتغيرات الشخصية) خاصة وأن هناك نظريات تذهب إلى علاقة بعض سمات الشخصية بالسلوك الانحرافي (تركي ، ١٩٨٦ ص ٣١) .

أما فيما يتعلق بالنتائج المترتبة على تعاطي المخدرات والكحوليات فهناك اتجاه قوي بين المتعاطين وغير المتعاطين يذهب الى أن التعاطي سلوك ضار بالفرد وبغيره ، وإن كان اتجاه غير المتعاطين أكثر قوة . وهذه نقطة تحتاج منا التوقف عندها والتأمل لأن الشخص الذي يرتكب الحماقة ويرى أنها حماقة ويصر على ارتكابها لا بد أنه شخص في حياته أو في بنائه النفسي أو في بيئته شيء خاطىء يستحق التصحيح ، وعلى المسئولين عن مكافحة التعاطي وعلماء السلوك البحث حول هذه النقطة الهامة ، والتي يمكن أن تكون منطلقا لرسم استراتيجية مناسبة لترشيد السلوك .

الفصل الثامن

عرض ومناقشة النتائج

ثانيا: التدخين

بفحص استجابات المفحوصين من متعاطي المخدرات والكحوليات وغير المتعاطين اتضح أن الغالبية العظمى من المتعاطين يدخنون وأن نسبة كبيرة من المجموعة الضابطة ليسوا من المدخنين .

ولذلك فقد رأينا أنه من الضروري البدء بالمقارنة بين المدخنين وغير المدخنين (الذين لا يتعاطون المخدرات أو الكحوليات) في الأداء على المقاييس النفسية المستخدمة في الدراسة ، وذلك من أجل الوقوف على تأثير التدخين على الخصائص النفسية التي تقيسها تلك المقاييس وسوف نقدم فيما يلي عرضا للتحليلات الإحصائية الخاصة بالمقارنة بين مجموعتي المدخنين وغير المدخنين (من غير متعاطيي المخدرات والكحوليات) وذلك للوقوف على أثر التدخين كمتغير له تأثيره على أداء الأفراد .

ويعرض الجدول التالي نتائج المقارنات الإحصائية :

جدول رقم (٣٣)
مقارنة بين أداء المدخنين وغير المدخنين
(من غير متعاطي المخدرات والكحوليات)
على مقاييس الدراسة

المتغيرات	المتوسط		الانحراف المعياري		ت
	مدخنون ٥٤	غير مدخنين ٩٦	مدخنون ٥٤	غير مدخنين ٩٦	
رسم الخطوط	٢٥,٣	٢٢,٥٦	١١,٠٤	١٢,٤	١,٣٨
وضع النقاط	٢٤,٢٦	٢٣,٠٨	١١,٢٦	١٢,٥٦	٠,٥٩
ذاكرة أمامية	٤,٣٠	٣,٩٩	١,٦٨	١,٥٧	١,١٠
ذاكرة عكسية	٣,١٣	٢,٧٦	١,٤	١,٢١	١,٦٩
ذاكرة كلية	٧,٤٢	٦,٦٦	٢,٩٠	٢,٧	١,٥٤
بندر جشطلت نسخ	٢٠,٠٠	١٧,٨٨	٦,٣١	٦,٦٢	*١,٩٥
بندر جشطلت تذكر	١٢,٦٨	١٢,٣٢	٥,٣٤	٥,٤٥	٠,٤٠
الشخصية كذب	١٢,٦٤	١٣,٢٢	٣,٢٩	٣,٥٣	١,٠١
الشخصية عصابية	١١,٦١	١١,٢٨	٤,٧٢	٣,٥٤	٠,٤٥
الشخصية انبساط	١٣,٧٢	١٢,٨٦	٢,٧٥	٣,٥٣	١,٦٥
الشخصية ذهانية	١,٩٦	١,٧٧	١,٤٩	١,٣٤	٠,٧٨
الشخصية إجرام	٣,٨٥	٣,١٦	٣,٠٥	٢,٢٨	١,٤٤
القابلية للإيحاء	١٣,٨٥	١٣,٨١	٤,٢٤	٤,٢٣	٠,٠٥
الخطوط صواب	٦,٧٢	٧,٤٧	٣,٣٣	٣,٧٨	١,٢٧
الخطوط خطأ تقصير	٨,٢٧	٨,٣٩	٣,٧٥	٣,٨٢	٠,١٨
الخطوط خطأ تطويل	٤,٩٢	٤,٠٨	٢,٤٦	٢,٢٤	*٢,٠٧
مراحل التعليم	٥,١١	٤,٩٦	٠,٩	٠,٩٢	٠,٩٨

(*) هناك فروق ذات دلالة إحصائية .

تعليق على النتائج

باستعراض نتائج المقارنات الاحصائية نلاحظ أن أداء المدخنين على

المقاييس النفسية يتفوق من حيث الدقة عن أداء غير المدخنين وذلك على مقاييس السلوك الحركي والذاكرة (وكسلر) وعلى مقاييس بندر جشطلت للنسخ والاستدعاء وإن لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية مرتفعة إلا على مقياس بندر جشطلت للنسخ حيث اقترب مستوى الدلالة من ٠٥ر٠.

أما فيما يتعلق بمقاييس الشخصية والقابلية للإيحاء فقد ظهر وجود تساوي في متوسطي درجات العصابية عند المجموعتين وبالنسبة للانبساط ظهر أن المدخنين أكثر انبساطا ، وهم أكثر ميلا للقابلية للإيحاء ، ولكن أيضا بدون وصول إلى مستوى الدلالة الجوهري .

أما فيما يتعلق بمقارنة الخطوط وهو مقياس للإدراك فقد ظهر أن الدقة في الإدراك لدى المدخنين أقل منها لدى غير المدخنين . ولم توجد فروق في التعليم.

والتعليق العام على هذه النتائج هو أن التدخين لا يرتبط بتدهور الوظائف المعرفية ، كما هو الحال في ارتباط تعاطي الكحول والحشيش ، وإن كان مقياس مقارنة الأطوال قد أبرز أن أداء غير المدخنين أقل دقة من أداء المدخنين ويبدو أن التدخين مستويات ، وعلى ذلك فقد يكون من المناسب مقارنة أداء ذوي التدخين الكثيف بأداء ذوي التدخين المتوسط ، فربما تكشف المقارنة عن شيء جديد . وعلى وجه العموم فان النتائج بوضعها الراهن لا تقدم إشارات حاسمة أو أحكاما قاطعة حول علاقة التدخين بالوظائف النفسية حركية كانت أو معرفية أو وجدانية ، والأمر يحتاج إلى دراسة مستقلة توجه نحو هذا الهدف وحده .

والخلاصة أن التدخين لم تظهر له علاقة مباشرة على سلوك المتعاطي للمخدرات والكحوليات ، وبالتالي فانه من الممكن الاطمئنان ، ولو بشكل مبدئي ، الى أن الفروق التي يمكن أن توجد بين متعاطي المخدرات والكحوليات وغير المتعاطين ترجع أساسا الى تعاطي المخدرات والكحوليات وعدم تعاطيها ، مما سوف تكشف عنه النتائج التي نعرض لها ونناقشها في الصفحات التالية .

الفصل التاسع

ثالثا: عرض نتائج بيانات الاحصاء الوصفي لأداء مجموعات الدراسة على المقاييس الموضوعية

سنعرض فيما يلي النتائج الأولية (المتوسطات والانحرافات المعيارية) لأداء المجموعات السبع اللاتي رأينا أنها أهم المجموعات بعد إهمال عدد كبير من المتعاطين الذين تعذر تصنيفهم ضمن مجموعة من المجموعات ، خاصة وأن معظمهم كان يتعاطى أنواعا متعددة من المخدرات أو أنهم كانوا يتعاطون مخدرات غير مصنفة .

وقد رأينا أن نبدأ بعرض هذه البيانات حتى يمكن الوقوف بدقة على مدى اعتدالية التوزيع وما اذا كان يوجد التواء في بعض التوزيعات يحتاج إلى إجراءات إحترازية ، وكما سوف يتضح فإن جميع التوزيعات لجميع المقاييس لدى جميع المجموعات جاءت اعتدالية .

جدول رقم (٣٤)
مقياس رسم الخطوط

رقم المجموعة*	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٢٨,٢٢٠	٥,٥٥٨	٠,١٧٥-
٢	٢٠,٠٠٠	٧,٥٧٩	٠,٣١٣-
٣	٢٠,١٢١	٧,٢٥١	٠,٤٠٦-
٤	٢٥,٢٢٣	٦,٣٠٧	٠,٤٥٦-
٥	٢٢,٠٧١	٦,٥٢٦	٠,٣٠٢
٦	٢٢,٨٠٨	٦,٥٢٢	١,١٣٦-
٧	٢٢,١٢٢	٦,٤٦٧	٠,٧٦٧

والجدول الحالي يعرض بيانات المقياس رقم (١) وهو مقياس للسلوك الحركي ، ومن الواضح ارتفاع درجات مجموعة غير المتعاطين عليه كما أنه لا يوجد التواء في توزيع درجاته لدى أية مجموعة من المجموعات السبع .

(*) تم إيراد تعريف المجموعات عند وصف العينة في الفصل السادس.
وسوف تحتفظ المجموعات السبع بأرقامها خلال الجداول التالية دون الحاجة إلى كتابة اسم كل مجموعة في كل جدول من الجداول التي سترد بعد ذلك .

جدول رقم (٣٥)
مقياس وضع النقاط

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٢٨,٢١٧	٥,٩١٠	٠,١٤١-
٢	٢٠,٦٥٣	٧,٢٥٤	٠,٠٠٦
٣	٢٢,٦٧٦	٥,٣٦٢	٠,٤٣٩-
٤	٢٦,٧٢٢	٦,٧٦١	٠,٥٧٨-
٥	٢٥,٢٨٦	٥,٧٦٧	٠,٢٤٩
٦	٢٦,٧٣١	٥,٥٣٠	٠,٢٢١-
٧	٢٦,٠٩٨	٦,٨٧٩	٠,٥٨٠-

يتضح من نتائج التحليلات الاحصائية لبيانات المجموعات السبع أن التوزيعات اعتدالية وأنه لا يوجد التواء في توزيع درجات المقياس لدى أية مجموعة من المجموعات المذكورة في الجدول .

جدول رقم (٣٦)
مقياس الذاكرة الرقمية الأمامية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٤,٤٥٦	١,٠٥٧	٠,١٥٨-
٢	٣,٤٨٠	٠,٧٢٨	٠,٨٨٢
٣	٤,٠٠٠	١,١١١	٠,٦٨٢
٤	٤,٤٣٨	١,١٢٧	٠,١٧٣
٥	٤,١٣٣	١,٢٠٤	١,٠١٧
٦	٤,٤٥٨	٠,٩٩٩	٠,٣٧٥
٧	٤,١٧١	١,١٩٣	٠,٧٠٨

تشير البيانات الموضحة بالجدول الى أن درجات المجموعات السبع

الخاصة بمقياس الذاكرة الأمامية من مقياس السعة الرقمية لوكسلر أصبحت اعتدالية وأنه لا يوجد التواء في التوزيع .

جدول رقم (٣٧)
الذاكرة العكسية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٣,١٤٤	٠,٩٦٧	١,٢٢٨
٢	٢,٦٤٠	٠,٩١١	٢,٢٨٨
٣	٢,٨٠٠	١,٠٢٣	٠,٤٢٦
٤	٢,٩٣٣	٠,٨٢٤	٠,١٧٨
٥	٣,٠٦٧	١,١٨١	٠,٦٨٤
٦	٢,٧٩٢	٠,٩٦٠	٠,٤٧٨
٧	٢,٥٦١	٠,٨٤٧	٠,٧٨٧

تشير درجات المجموعات السبعة إلى أن التوزيع في معظمه يميل إلى أن يكون توزيعا اعتداليا فيما عدا مجموعة الكحوليات (المجموعة الثانية) حيث نلاحظ أن معامل الالتواء يقترب من أن يكون مساويا لمتوسط درجات الأفراد ، وإن لم يصل إلى أن يكون التواء جوهريا .

جدول رقم (٣٨)
الذاكرة الكلية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٧,٦١٠	١,٧٧٢	٠,٥٣٢
٢	٦,٠٤٠	١,١٩٨	٠,٧٤٤
٣	٦,٨٠٠	١,٩٠٧	٠,٥٤٧
٤	٧,١٨٧	١,٨٦٤	٠,٦٧٧-
٥	٢,٢٠٠	٢,٢٨٦	١,٠١٩
٦	٧,٢٥٠	١,٧١٥	٠,٦١١
٧	٦,٧٧٥	١,٥٦٦	٠,٥٩٢

درجات هذا المقياس عبارة عن مجموع درجات المقياسين السابقين ومن الواضح أن توزيع الدرجات اعتدالي ولا يوجد أي التواء في التوزيع لدى أية مجموعة من المجموعات السبع .

جدول رقم (٣٩)

مقياس بندر جشطلت « النسخ »

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٢٠,٢٥٦	٣,٥٧٩	٠,٩٢٧-
٢	١٤,٨٢٠	٣,٥٨٢	٠,٠٥٩-
٣	١٨,٦٨٦	٤,٢٣٤	١,١٤-
٤	١٩,٠٦٧	٣,٤٩٦	٠,٧٦٠-
٥	١٦,٦٠٠	٤,٢٣٩	١,٠١٩-
٦	١٧,٤١٧	٤,٥٧٣	٠,٤٣٨
٧	١٦,٩٠٢	٣,٨٣٥	٠,٢١٩-

يقيس هذا المقياس كفاءة الشخص في نسخ عدد من الأشكال التي تقدم اليه شكلا شكلا . وهو يقيس كفـاءة الأداء الحركي وكفـاءة الادراك . ومن الواضح أن درجات أفراد جميع المجموعات تأخذ شكل التوزيع الاعتدالي ولا يوجد التواء في التوزيعات التكرارية .

جدول رقم (٤٠)

مقياس بندر جشطلت « الاستدعاء ـ التذكر »

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	١٣,٥٣٦	٣,٩٤٦	٠,١٠٤
٢	٧,٠٦٠	٣,٤٨٩	٠,٢٣٠
٣	١٠,٥١٤	٥,٢٧٧	٠,٠٥٧
٤	١٠,٢٦٧	٤,٠٠٥	٠,٤٧٧
٥	٩,١٤٣	٤,٧٥٩	٠,٣٨٦
٦	١٠,١٨٢	٤,٤٢٦	٠,٥٤٤
٧	٩,١٧١	٤,٥١٩	٠,٣٦٨

يقيس هذا المقياس كفاءة وتآزر الأداء الحركي والبصري والقدرة على تذكر الأشكال والرسوم التي سبق رسمها . ويتضح من المتوسطات والانحرافات المعيارية ومعاملات الالتواء أن التوزيعات اعتدالية لدى جميع المجموعات .

جدول رقم (٤١)
مقياس الكذب أو الجاذبية الاجتماعية
من استخبار ايزنك للشخصية EPQ

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	١٣,٢٠	٣,٤٤٦	-٠,٣١٠
٢	١١,٤٣١	٢,٨١٦	٠,٣٤٤
٣	١٢,٠٠٠	٣,٧٤٢	-٠,٢٦١
٤	١٣,٤٣٥	٣,١٨٨	-٠,٢١٤
٥	١١,١٨٨	٤,٣٠٨	-٠,١٢٤
٦	١٣,١٨٥	٣,٨٢٣	-٠,٧٩٥
٧	١٢,٨٦٠	٣,٩٥٦	٠,١٥٠

يقيس هذا المقياس ميل الشخص لأن يقدم صورة مرغوبة عن نفسه حتى وان اضطر إلى الكذب . وهو أحد المقاييس الفرعية من استخبار ايزنك للشخصية (EPQ) ، ويتضح من الدرجات أن التوزيعات كلها اعتدالية ولا يوجد التواء في التوزيع .

جدول رقم (٤٢)
مقياس العصابية من استخبار ايزنك للشخصية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	١١,٤٠٠	٣,٩٩٧	٠,٢٠٠
٢	١٣,٨٠٤	٣,٤٦٤	٠,٤٥٩-
٣	١٢,١٤٣	٤،٧١٦	٠,٣٥٧-
٤	١٤,٣٩١	٤,٨٦٩	٠,٨٠٢-
٥	١٤,٦٢٥	٥,٢٩٠	٠,٤٠٨-
٦	١٣,٤٤٤	٤,٢٣٧	٠,٠٦٣-
٧	١٢,٠٧٠	٤,١٩٤	٠,١٧٤

يقيس هذا المقياس استعـداد الشخص للمرض النفسي أو وجـود سوء توافق واضطراب في شخصيته والتوزيعات كلها اعتدالية ولا يوجد أي التواء في التوزيع كما يبدو في الجدول .

جدول رقم (٤٣)
مقياس الانبساط من استخبار ايزنك للشخصية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	١٣,١٧٣	٣,٢٨٩	٠,٥٨٧-
٢	٩,٥٦٩	٤,٤٩١	٠,١٥٤
٣	١٢,١١٤	٣,٧٩٥	٠,٦٠٧-
٤	١٣,٥٦٥	٣,٦٢٨	٠,٥٢١-
٥	١٠,٨٧٥	٣,٣٨٤	٠,٣٧١
٦	١١,٥٩٣	٤,١٦٣	٠,١٧٩-
٧	١٢,٨٣٧	٣,١٥٤	٠,٠٥٨-

هذا المقياس هو أحد المقاييس الفرعية من استخبار ايزنك للشخصية وهو يقيس ميـل الشخص لأن يكون شخصـا اجتماعيـا منبسطا كثيف العـلاقـات

مقتحما . وجميع التوزيعات اعتدالية ولا يوجد أي التواء جوهري في درجات أية مجموعة من المجموعات السبعة .

جدول رقم (٤٤)

مقياس الذهانية من استخبار ايزنك للشخصية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٢,٢٤٣	١,٠٩٥	١,٣٩٩
٢	٢,١٤٣	١,١٤٩	٠,٧٧٦
٣.	٢,٤٥٢	١,١٨٤	١,٢٥٠
٤	٢,٠٤٥	١,٤٩٢	٢,١٦٥
٥	٢,٧٣٣	١,١٢٣	٠,٢٩٢
٦	٢,١٠٥	٠,٧٢٨	٠,٢٥٥-
٧	٢,٣٢٤	١,٤٤٣	١,٤٧١

يقيس هذا المقياس استعداد الشخص للمرض العقلي (الذهان) وإن لم يكن من الضروري أن يكون مريضا عقليا في الوقت الراهن . ومن الواضح أن درجات الأفراد في جميع المجموعات تميل لأن تأخذ أشكالا اعتدالية في التوزيع ولا يوجد التواء بارز إلا لدى المجموعة رقم ٤ وهو التواء يقع في الحدود غير المتطرفة .

جدول رقم (٤٥)

مقياس الميل للاجرام أو السيكوباتية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٣,٧٢٩	٢,٣٧٦	١,٢٨٩
٢	٤,٣٩٢	٢,٦٤٦	١,٣٦٩
٣	٥,٢٣٥	٢,٦٠٢	١,٠٨٦
٤	٤,٧٣٩	٢,٧١٧	١,٠١٦
٥	٥,٩٣٨	٣,٢٥٥	٠,٣٠٢
٦	٣,٦٣٠	٢,٠٤١	١,٢٤٩
٧	٤,٢٦٣	٢,٧٣٢	٠,٨٩٩

هذا المقياس هو أحد المقاييس المشتقة من استخبار آيزنك للشخصية وهو يقيس ميل الشخص لأن يرتكب الحماقات دون شعور بالذنب وتأنيب الضمير . ودرجات الأفراد في جميع المجموعات الموضحة في الجدول تأخذ الشكل الاعتدالي ولا يوجد وضوح لأي التواء في التوزيعات التكرارية .

جدول رقم (٤٦)
مقياس القابلية للإيحاء من استخبار منسوتا
متعدد الأوجه للشخصية

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	١٣,٨٢٧	٤,٢٢٥	٠,٠٤٠
٢	١٢,٠٢٠	٣,٩١٧	٠,٦٨٧
٣	١٤,٧١٤	٤,٧٩٩	٠,٠٩٨-
٤	١٧,٢٦١	٣,٧٣٢	٠,٢٥٣-
٥	١٥,٤٣٨	٤,٧٠٤	٠,٦١٢
٦	١٤,٢٢٢	٣,٧١٤	٠,٣٤٠-
٧	١٤,٢٣٣	٣,٩١٥	٠,٢٨٢

يقيس هذا المقياس استعداد الشخص لأن يقع تحت تأثير المغريات والمؤثرات التي تأتي إليه من الخارج أو من داخل شخصيته . ومن الواضح أن درجات الأفراد في جميع المجموعات تأخذ أشكالا اعتدالية ولا يوجد التواء في التوزيعات .

جدول رقم (٤٧)
مقياس مقارنة الأطوال
(الصواب)

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٧,٢٠٧	٣,٦٤٠	٠,٤٨٦
٢	٦,٦٤٧	٢,٣٥٦	٠,٥٧٦
٣	٦,٥١٤	٢,٧٥٩	٠,٢٣٨
٤	٧,٤٣٥	٣,٦٤١	٠,٢٨٤
٥	٦,٦٨٨	٣,١٥٦	٠,٨٢٣
٦	٦,٦٦٧	٣,١٣٨	٠,٣٦٦
٧	٦.١٨٦	٣,٠١٨	٠,٧٥٦

هذا المقياس هو أحد مقاييس ثلاثة تم اشتقاقها من مقياس لمقارنة الأطوال تم اعداده خصيصا لهذه الدراسة ، وهو يقيس دقة الإدراك وتوضح البيانات التي يعرضها الجدول أن التوزيعات اعتدالية وليس هناك التواء في أي منها .

جدول رقم (٤٨)
مقياس مقارنة الأطوال
الخطأ في اتجاه التقصير

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٨,٣٥٣	٣,٧٨٨	٠,٠٩٠
٢	٨,٢٥٥	٣,٠٣٢	٠,٠٠٢
٣	٩,٢٠٠	٣,٧٨٧	٠,٣٧٣
٤	٨,٥٢٢	٣,٨٤٨	٠,٣١٧
٥	٨,٨٧٥	٣,٥٥٧	٠,٦٢٥-
٦	٩,٦٦٧	٤,٠٤٦	٠,٠٠٣
٧	٩,٣٤٩	٣,٥٠٤	٠,٠٧٤

هذا هو المقياس الثاني من اختبار مقارنة الأطوال ، والتوزيعات كما هو واضح من الجدول توزيعات اعتدالية وليست هناك دلالة على وجود التواء في التوزيع .

جدول رقم (٤٩)

مقياس مقارنة الأطوال

الخطأ في اتجاه التطويل

رقم المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء
١	٤,٤١٤	٢,٣٢٦	٠,٨٧٤
٢	٥,٠٠٠	٢,٤٤٩	١,٠٤٥
٣	٤,٢٠٠	١,٨٤٤	٠,٥٢٤
٤	٣,٩١٣	٢,٠٦٥	٠,٨٠٥
٥	٤,٢٥٠	١,٦٩٣	٠,٧٧٧
٦	٣,٨٨٠	٢,٢٥٩	١,٨٠٥
٧	٤,٤١٩	٢,٥٠٩	١,٠٨٢

هذا هو المقياس الثالث من مقاييس اختبار مقارنة الأطوال ويقيس ميل الشخص لإصدار أحكام خاطئة تتعلق بإدراك الفروق بين الخطوط . والتوزيعات كلها اعتدالية ولا يوجد إلتواء في أي منها .

تعليق على بيانات الإحصاء الوصفي لمقاييس الدراسة

من الواضح من استعراض بيانات الاحصاء الوصفي لأداء المجموعات السبع في هذه الدراسة على المقاييس المستخدمة أن التوزيع في جميع المقاييس ولدى جميع المجموعات سواء كانت ضابطة (أي من غير المتعاطين) أو من المتعاطين للمخدرات والكحوليات ، هذا التوزيع قد جاء في شكل توزيع اعتدالي ولا يوجد أي التواء ، وهو الأمر الذي يجعل من الممكن الاطمئنان إلى استخدام المعالجات الإحصائية المعتادة دون اللجوء إلى استخدام معالجات لا تصلح إلا للعينات ذات الأداء الموزع توزيعاً ملتويا .

والخطوة التالية بعد استعراض نتائج الاحصاء الوصفي هي التقدم خطوة نحو استعراض النتائج الأكثر تركيبا وسوف نبدأ باستعراض نتائج تحليل التباين في اتجاه واحد يلي ذلك المقارنة بين المتوسطات من مختلف المجموعات على كل مقياس من المقاييس المستخدمة وذلك باستخدام المؤشر الإحصائي (ت t-test) ثم ننتقل بعد ذلك إلى فحص المصفوفة الارتباطية بين متغيرات الدراسة لدى المجموعة الكلية من متعاطيي المخدرات والكحوليات (ن - = ٢٢٦) كتمهيد لفحص مصفوفة التحليل العاملي قبل التدوير وبعد التدوير من الدرجة الأولى لدى نفس المجموعة .

الفصل العاشر

عرض النتائج

رابعا: تحليل التباين في اتجاه واحد

تم إجراء مقارنات إحصائية باستخدام أسلوب تحليل التبـاين في اتجاه واحد وذلك لاستخلاص قيمه وباعتبار أن المتغير المستقل هنا هو نمط التعاطي فإن المتغير التابع هو متغيرات السلوك .

وقد حاولنا أن نرى إذا ما كانت توجد فروق بين المجموعات من خلال التباين داخل المجموعات وبين المجموعات تمهيدا لاجراء مقارنات باستخدام (ت) T-Test إذا ما وجدنا فروقا ذات دلالة باستخدام (ف) F-ratio .

وفي سبيل الوصول إلى هذا الهدف تم إجراء (١٨) تحليلا للتباين لستة عشر مقياساً نفسياً ثم للعمر وبعده للتعليم .

فلنلق نظرة على الجدول رقم (٥٠) لنرى الفروق بين أداء المجموعات على كل متغير من متغيرات الدراسة .

جدول رقم (٥٠)

تحليل التباين للمقاييس النفسية للدراسة

المقاييس	البواقي		مصدر التباين		دلالة ف	قيمة ف
	مربع المتوسط	مجموع المربعات	مربع المتوسط	مجموع المربعات		
السلوك الحركي(١)	٤٠,٣٥٢	١٣٦٣٨,٩٧٣	٧٠١,٠٥٠	٤٢٠٦,٣٠١	*	١٧,٣٧٣
السلوك الحركي(٢)	٣٨,٧٥٧	١٣٠٩,٨٢٨	٤٣٥,٧٤٠	٢٦١٤,٤٦٣	*	١١,٢٤٣
ذاكرة الأرقام الامامية	١,٠٩٦	٣٧٠,٣٧٥	٦,٨٠٠	٤٠,٧٩٩	*	٦,٢٠٥
ذاكرة الأرقام العكسية	٠,٩٠٧	٣٠٦,٥٠٨	٣,٠٦٠	١٨,٣٦٤	*	٣,٣٧٥
مجموع ذاكرة الأرقام	٢,٩٣٣	٩٩١,٤٨٢	١٧,٤٧٠	١٠٤,٨٥٣	*	٥,٩٥٧
النسخ	١٤,٣٧٧	٨٥٩,٣٠٥	٢٢٦,٣٠٠	١٣٥٧,٨٠٨	*	١٥,٧٤١
التذكر	١٧,٥٦١	٥٩٣٥,٧٧٧	٣٣٢,٢٠٠	١٩٩٣,٢١٨	*	١٨,٩١٧
الكذب	١٢,٣٦٩	٤١٨٠,٧٧٣	٢٨,١٢٠	١٦٨,٧١٩	*	٣,٢٧٣
العصابية	١٧,٠٥	٥٨٨٣,٠٠٤	٧٦,٢٠٠	٤٥٧,٢٠٤	*	٤,٣٧٨
الانبساط	١٣,١٣٤	٤٤٣٩,٣٢٤	٩٨,٥٤٠	٥٩١,٢٦٤	*	٧,٥٠٣
الذهانية	١,٣٦٥	٤٦١,٥٣٢	١,٢٤٠	٧,٤٩٤		٠,٩١٥
الإجرامية	٦,٤٠٣	٢١٦٤,٢٦٣	٢٢,٧٦٠	١٣٦,٦٠٥	*	٣,٥٥٦
القابلية للإيحاء	١٧,٣٠٩	٥٨٥٠,٣٢٤	٨٣,٨٦٠	٥٠٣,١٧٢	*	٤,٨٤٥
الخطوط ـ صواب	١٠,٦٢٣	٣٥٩٠,٥٨١	٨,٨٤٠	٥٣,٠٥٦		٠,٨٣٢
الخطوط ـ تقصير	١٣,٤٤٠	٤٥٤٢,٨١٢	١٣,٥٦٠	٨١,٣٧٥		١,٠٠٩
الخطوط ـ تطويل	٥,١٩٥	١٧٥٥,٨١٥	٥,٤٨٠	٣٢,٩١٦		١,٠٥٦

(*) هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ على الأقل (درجات الحرية ٢٨٨ر٦)

تعليق

بالنظر في قيم (ف) المبينة بالجدول نلاحظ ما يلي :

١ - بالنسبة لمقياسي السلوك الحركي ١ ، ٢ وجدت قيمة (ف) دالة بشكل حاد .

٢ - بالنسبة لذاكرة الأرقام وجدت الفروق واضحة وحاسمة على المقاييس الثلاثة المستخدمة (الذاكرة الأمامية والذاكرة العكسية والذاكرة الكلية) .

٣ - بالنسبة لمقاييس بندر جشطلت « نسخ وتذكر » وجدت الفروق واضحة على كلا المقياسين وهي فروق كبيرة جدا وخاصة بالنسبة للاستدعاء حيث وجدت أكبر قيمة لاختبار (ف) تصل إلى ١٨٫٩٢ .

٤ - بالنسبة لمقاييس آيزنك للشخصية وجدت فروق بين المجموعات على جميع المقاييس فيما عدا مقياس الذهانية .

٥ - بالنسبة لمقياس القابلية للإيحاء (المأخوذ من اختبار « منسوتا المتعدد الأوجه للشخصية ») وجدت فروق باستخدام اختبار (ف) بين مجموعات الدراسة .

٦ - لم توجد فروق بين المجموعات على مقاييس مقارنة الأطوال بمقاييسه الفرعية الثلاثة وهذا يدعونا الى إعادة النظر في حساسية هذا المقياس .

ومن الملاحظ أن معظم المقاييس النفسية المستخدمة هي مقاييس عالمية وسبق استخدامها في دراسات متعددة في العالم الغربي وفي العالم العربي واجمعت بما لا يدع مجالا للشك على أن هناك فروقا بين أداء مجموعات الدراسة ، ولكن يتبقى أن نتوقف للكشف عن طبيعة واتجاه هذه الفروق ، وهذا ما نقدمه في الصفحات التالية بعد النظر في جدول قيم (ت) التي قارنت أداء كل مجموعتين معا على متغيرات الدراسة .

وإذا ما كان لنا أن نعلق بشيء في السياق الحالي فهو أن هناك فروقا بين المتعاطين للمخدرات والكحوليات والمجموعة الضابطة من ناحية ، ومن ناحية أخرى توجد فروق بين متعاطي الأنواع المختلفة من الكحوليات والمخدرات ، وقد كانت النتائج في معظمها تتجه لأن تقرر أن تعاطي الكحوليات هو من أكثر المتغيرات المسئولة عن وجود فروق في الأداء على المقاييس النفسية يليه تعاطي الحشيش وهو ما سوف يتضح بشكل أكثر بروزاً في تحليلات (ت) .

خامسا: عرض وتعليق على نتائج الفروق بين مجموعات غير المتعاطين والمتعاطين

بعرض الجدول التالي (جدول ٥١) لقيم (ت) على المقاييس المختلفة ، ويضم واحدا وعشرين مقارنة على كل متغير من متغيرات الدراسة وذلك بين سبع مجموعات مختلفة شملتها عينة البحث وسبق وصفها .

جدول رقم (٥١ أ)

الفروق بين المجموعات على المقاييس من ١ ـ ٨

المتغيرات	م١	م٢	م٣	م٤	م٥	م٦	م٧	م٨
مجموعة ١ـ٣	٧,١٢ *	٦,٧٣ *	٧,٣١ *	٣,٣٦ *	٧,٢٦ *	٩,٣٧ *	١١,٠٦ *	٣,٢٨ *
مجموعة ١ـ٤	٦,٢٠ *	٥,٤٠ *	٧,٢٠ *	١,٨	٢,٢٩ *	٢,٠٣ *	٣,١٩ *	١,٤٧
مجموعة ١ـ٥	٢,١٥ *	١,٠٠	٠,٠٧	١,١٢	١,٠٢	١,٥١	٣,٦٥ *	-٠,٥٧
مجموعة ١ـ٦	٧,٦٣ *	١,٩٣	١,٠٣	٠,٢٥	٠,٧٠	٣,٣٣ *	٣,٥٦ *	١,٦٥
مجموعة ١ـ٧	٤,٠٥ *	١,٢٧	-٠,٠١	١,٧٥	١,٠٠	٣,٠٦ *	٣,٦٨ *	-٠,٢١
مجموعة ١ـ٨	٥,٦ *	١,٨	١,٤	٣,٨٥ *	٢,٩٩ *	٥,١٣ *	٥,٧٤ *	٠,٢٤ *

تابع الجدول رقم (٥١ أ)

الفروق بين المجموعات على المقاييس من ١ ـ ٨

المتغيرات	م١	م٢	م٣	م٤	م٥	م٦	م٧	م٨
مجموعة ٣ـ٤	-٧,٠٧	-١,٤٩	-٢,٤٣ *	-٠,٧٤	-٢,١١ *	-٤,٤٢ *	-٣,٤٠ *	-٠,٧٦
مجموعة ٣ـ٥	-٣,٠٩ *	-٣,٤٩ *	-٣,٧٩ *	-١,٢٧	-٢,٧٣ *	-٤,٨٠ *	-٣,٣١ *	-٢,٥٩ *
مجموعة ٣ـ٦	-١,٠٦	-٢,٦٣ *	-٢,٠٦ *	-١,٣٣	-١,٨٥	-١,٥٣	-١,٦٢	٠,٢١
مجموعة ٣ـ٧	-١,٧١	-٤,١٣ *	-٤,٥٠ *	-٠,٦٨ •	-٣,٣٠ *	-٢.٥٦ *	-٣,١٨ *	-٢,١٠
مجموعة ٣ـ٨	-١,٤٦	-٣,٧٣ *	-٣,٣١ *	٠,٤٤	-٢,٥٥ *	-٢,٧٠ *	-٢,٥٠ *	-١,٩٨ *
مجموعة ٤ـ٥	-٢,٨٤ *	-٢,٤١ *	-١,٤٥	-٠,٥٥	-٠,٧٧	-٠,٣٧	٠,٢٠	-١,٥٦
مجموعة ٤ـ٦	-٠,٩٦	-١,٥٣	-٠,٣٨	-٠,٧٨	-٠,٦١	١,٦٣	٠,٩٢	٠,٦٥
مجموعة ٤ـ٧	-١,٥٣	-٢,٩٠ *	-١,٧٠ *	٠,٠٣	-٠,٩٨	١,١٢	٠,٢٧	-١,٢٢
مجموعة ٤ـ٨	-١,٢٧	-٢,٤٧ *	-٠,٢٥	١,١١	٠,٠٦	١,٩٣ *	١,١٩	-٠,٩٨
مجموعة ٥ـ٦	١,٥٠	٠,٧١	٠,٨٠	-٠,٣	-٠,٠٢	١,٩٢	٠,٧٧	١,٧٨
مجموعة ٥ـ٧	١,٣٣	٠,٠	-٠,٠٧	٠,٧٦	-٠,١٢	١,٤٤	٠,٠٧	٠,٢٥

تابع الجدول رقم (٥١ أ)

الفروق بين المجموعات على المقاييس من ١ ـ ٨

المتغيرات	م١	م٢	م٣	م٤	م٥	م٦	م٧	م٨
مجموعة ٥ـ٨	١,٨٩	٠,٣٦	٠,٩٠	١,٧٣	٠,٩٠	٢,٣٢ *	١,٠١	٠,٦٤
مجموعة ٦ـ٧	-٠,٧٦	-٠,٨١	-٠,٩١	٠,٧٩	-٠,٠٨	-٠,٥٩	-٠,٧١	-١,٥٣
مجموعة ٦ـ٨	-٠,٠٣	-٠,٤٩	-٠,١١	١,٥٧	٠,٦٩	-٠,٢٥	-٠,٠٢	-١,٣٦
مجموعة ٧ـ٨	٠,٤٣	٠,٤٢	١,٠٩	١,٠٢	٢,١٧	٠,٤٩	٠,٩٢	٠,٣٤

الجدول (٥١ ب) المقاييس من ٩ الى ١٦

المتغيرات	م٩	م١٠	م١١	م١٢	م١٣	م١٤	م١٥	م١٦
مجموعة ١ـ٣	-٤,١١ *	٥,٣٧ *	٠,٥٤	١,٥٩	٢,٧٩ *	١,٢٦	٠,١٩	-١,٤٩
مجموعة ١ـ٤	-٠,٨٦	١,٥٢	-٠,٩٥	-٣,١٣ *	-١,٠١	١,٢٥	-١,١٩	٠,٥٩
مجموعة ١ـ٥	-٢,٨١ *	-٠,٤٩	٠,٦١	-١,٦٩	-٤,٠٣ *	-٠,٢٨	-٠,٢٠	١,٠٦
مجموعة ١ـ٦	-٢,٣٧ *	٢,٥٩ *	-١,٦٦	-٢,٦٤ *	-١,٣١	٠,٦٢	-٠,٥٥	٠,٣٥
مجموعة ١ـ٧	-٢,٢٣ *	١,٧٨	٠,٨٣	٠,٢٣	-٠,٥٠	٠,٨٠	-١,٥٧	١,١٣
مجموعة ١ـ٨	-٠,٩٣	٠,٦١	-٠,٣٤	-١,١٦	-٠,٥٩	١,٨٦	-١,٦١	-٠,٠١

تابع الجدول رقم (٥١ ب) المقاييس من ٩ إلى ١٦

المتغيرات	م٩	م١٠	م١١	م١٢	م١٣	م١٤	م١٥	م١٦
مجموعة ٣-٤	١,٧٨	-٢,٨٣ *	-١,٢٠	-١,٤٧	-٢,٧٥ *	٠,٢٣	-١,١٣	١,٧٣
مجموعة ٣-٥	٠,٥٢	-٤,٠٦ *	٠,٢٨	-٠,٥١	-٥,٥٠ *	-٠,٩٥	-٠,٢٩	١,٩٧ *
مجموعة ٣-٦	-٠,٥٨	-١,٢٤	-١،٨٧	-١,٧٣	-٢,٦٣ *	-٠,٠٥	-٠,٦٣	١,٣٨
مجموعة ٣-٧	٠,٣٨	-١,٩٩ *	٠,١٨	١,٤١	-٢,٤٤ *	-٠,٠٣	-١,٥٩	٢,٠٢
مجموعة ٣-٨	٢,١٦ *	-٤,١٣ *	-٠,٦٦	-٠,٢٣	-٢,٧٣ *	٠,٨٠	-١,٦٠	١,١٣
مجموعة ٤-٥	-١,٧٤	-١,٤٦	١,١٠	٠,٦٩	-٢,٢٧ *	-١,٠٣	٠,٦٦	٠,٥٤
مجموعة ٤-٦	-١,٦١	١,١٧	-٠,٨٢	-٠,٧٦	-٠,٥١	-٠,١٩	٠,٣٠	-٠,١٠
مجموعة ٤-٧	-١,١٤	٠,٥١	١,٤٢	٢,٧٢ *	٠,٤٦	-٠,٢٠	-٠,٤٦	٠,٦٠
مجموعة ٤-٨	٠,٠٧	-٠,٩٠	٠,٤٣	١,٦٠,	٠,٤٨	٠,٥٠	-٠,١٨	-٠,٤٤
مجموعة ٥-٦	-٠,١٤	٢,٣٧ *	-١,٦٤	-١,٢١	١,٢٩	٠,٦٨	-٠,٢٩	-٠,٥٦
مجموعة ٥-٧	٠,٧٣	١,٧٩	-٠,١٨	١,٦١	٢,٨٨ *	٠,٧٩	-١,٠٢	٠,٠٥
مجموعة ٥-٨	١,٩٣	٠,٨١	-٠,٧٣	٠,٦٨	٣,٠٩ *	١,٤١	-٠,٨٦	-٠,٨٨

تابع الجدول رقم (٥١ ب) المقاييس من ٩ إلى ١٦

المتغيرات	م ٩	م ١٠	م ١١	م ١٢	م ١٣	م ١٤	م ١٥	م ١٦
مجموعة ٦ـ٧	٠,٧٦	-٠,٦٢	٢,٠٠ *	٢,٥٥ *	٠,٨٨	٠,٠٢	-٠,٦٧	٠,٦١
مجموعة ٦ـ٨	١,٧٤	-٢,٠٢ *	١,١٥	١,٨٣	٠,٩١	٠,٥٥	-٠,٤٦	-٠,٣٠
مجموعة ٧ـ٨	١,٣٣	-١,٣٣	-٠,٨٤	-١,١١	-٠,٠١	٠,٦٣	٠,٣٤	-٠,٩٣

(*) هناك فروق ذات دلالة إحصائيه عند مستوى ٠,٠٥ على الأقل

رموز المجموعات

١ ـ المجموعة الضابطة .
٣ ـ كحول فقط .
٤ ـ حشيش فقط .
٥ ـ كافة المخدرات .
٦ ـ كحول/ حشيش/ حبوب .
٧ ـ كحول/ حشيش أفيون .

رموز المقاييس

١ ـ السلوك الحركي ١ .
٢ ـ السلوك الحركي ٢ .
٣ ـ ذاكرة الأرقام الأمامية .
٤ ـ ذاكرة الأرقام العكسية .
٥ ـ مجموع ذاكرة الأرقام .
٦ ـ النسخ .
٧ ـ التذكر .
٨ ـ الكذب .
٩ ـ العصابية .
١٠ ـ الانبساط .
١١ ـ الذهانية .
١٢ ـ الإجرامية .
١٣ ـ القابلية للإيحاء .
١٤ ـ الخطوط ـ صواب .
١٥ ـ الخطوط ـ خطأ تقصير .
١٦ ـ الخطوط ـ خطأ تطويل .
١٧ ـ العمر .
١٨ ـ مستوى التعليم .

تعليق

وبفحص قيم (ت) التي يتضمنها هذا الجدول رقم (٥١) نلاحظ بشكل عام أن الفروق تتركز بين المجموعة الضابطة وباقي المجموعات ، كما أن هناك وضوحا في الفروق بين مجموعة الكحوليين وباقي المجموعات أما مجموعة متعاطي الحشيش فتوجد بينها وبين المجموعة الضابطة ومجموعة الكحوليات فروق واضحة ولكنها تتشابه مع باقي المجموعات الأخرى ، وفيما يلي كلمة تفصيلية عن هذه المقارنات :

أولا : مقارنة المجموعة الضابطة بباقي المجموعات

١ ـ عند مقارنة المجموعة الأولى (ضابطة مدخنون وغير مدخنين) بالمجموعة الثالثة (متعاطي الكحوليات) نجد ما يلي :

أ ـ أن هناك فرقا لصالح المجموعة الضابطة على مقاييس السلوك الحركي وأيضا على مقاييس سعة الذاكرة الرقمية (أمامية وعكسية من مقياس وكسلر للراشدين) ومجموع المقياسين . كذلك يتضح أن هناك فرقا لصالح المجموعة الضابطة على مقاييس الخلل العضوي (بندر جشطلت) وكذلك مقاييس الإدراك والذاكرة وأيضا كفاءة الأداء الحركي للرسوم .

ب ـ جاء الفرق لصالح المجموعة الضابطة أيضا على مقاييس الجاذبية الشخصية (مقياس الكذب من استخبار ايزنك للشخصية E. P. Q.) وكذلك مقياس الإنبساط في الإتجاه العكسي وهو يشير إلى زيادة الميول الإنبساطية لدى مجموعة المتعاطين وإذا ما قارنا ذلك بوجود فرق لصالح مجموعة المتعاطين على مقياس العصابية كان تفسير ذلك أن متعاطي الكحوليات أميل إلى العرض النفسي في سياق السلوك الهستيري . هو ما يزداد تأكدا من خلال الفرق الدال لصالح المتعاطين على مقياس القابلية للإيحاء وهو مقياس مشبع على زيادة القابلية للتأثر والإستثارة والعصابية وتتسق هذه النتيجة مع نظرية ايزنك في الشخصية (تركي ١٩٨٦ ، مEysenck, 1975) .

٢ ـ أ ـ عند مقارنة أداء المجموعة الضابطة على المقاييس بأداء مجموعة متعاطي الحشيش يتضح أن النتائج تمضي في نفس الاتجاه بالنسبة لمقاييس السلوك الحركي وذاكرة الأرقام والخلل العضوي .

ب ـ وإذا انتقلنا إلى مقاييس الشخصية نجد أن الفروق وإن كانت في معظمها غير دالة إلا أنها تمضي في نفس اتجاه النتائج المذكورة سابقا في (١) . بالإضافة الى تفوق مجموعة متعاطي الحشيش في الميول الإجرامية ، وهو ما يتضح من وجود فرق دال لصالح المتعاطين على مقياس الميول الإجرامية من استخبار ايزنك للشخصية Q. P. E. .

٣ ـ عند مقارنة أداء المجموعة الضابطة (مدخنين وغير مدخنين) بأداء المجموعة الخامسة (متعاطي جميع المخدرات) نلاحظ ما يلي :

أ ـ يوجد فرق دال في اتجاه تفوق أداء المجموة الضابطة في السلوك الحركي (١) أما الذاكرة (وكسلر : المقاييس الثلاثة) فإن الفروق وإن كانت لصالح المجموعة الضابطة إلا أنها فروق غير دالة . وفي مقياس الخلل العضوي للدماغ (بندر جشطلت) فإن الأداء عليه جاء متفوقا لحساب المجموعة الضابطة أيضا وإن كانت الدلالة فقط لحساب الأداء التذكيري .

ب ـ وفيما يتعلق بمقاييس الشخصية فإن الفروق كلها كانت لصالح مجموعة المتعاطين بمعنى وجود اختلال في خصائص الشخصية ، وقد جاءت الفروق دالة فقط على مقاييس زيادة الإنبساط وعلى مقاييس القابلية للإيحاء (منسوتا) وهو كما ذكرنا مقياس مشبع على القابلية للتأثر والعصابية .

أما بالنسبة لمقاييس مقارنة الأطوال لم نجد أي فروق دالة وكذلك فيما يتعلق بالعمر والتعليم .

ومفاد ذلك أن مقاييس الأطوال غير حساسة (وهي مقاييس للإدراك) للكشف عن الفروق بين المجموعات ، كما أن الغمر بين المجموعتين المستخدمتين لم يفرز فروقا وهذا أمر يحسب لصالح البحث ، والتعليم كذلك لم

نجد فروقا بين المجموعتين عليه وهو أمر له أهمية ، حيث قد اتضح من عدد من الدراسات أن التعليم يفرز تأثيرا معينا على الأداء على بعض المقـاييس ، وهذا ما سوف نتوقف عنده بالتعليق عندما توجد منـاسبة في سيـاق عرضنـا وتعليقنا على النتائج .

٤ ـ عند مقارنة أداء المجموعة الضابطة بأداء مجموعة المتعاطين (مجموعة رقم ٦ وهم متعاطو الكحول والحشيش والحبوب) نلاحظ ما يلي :

أ ـ بالنسبة لمقاييس السلوك الحركي وجد فرق دال على المقياس الأول ولم توجد فروق دالة على مقاييس الذاكرة الرقمية . أما مقياس الخلل العضوي (بندر جشطلت) فقد جاءت الفروق عليه دالة بـالنسبة لمقاييس النقل (إلنسخ) والإستدعاء (التذكر) . وإذا تذكـرنا أن هذا المقياس هو مقياس للإدراك والتذكر والسلوك الحركي (الأداء بالرسم من خلال نسخ الأشكال المرسومة أمـامه ثم تـذكرهـا مرة أخرى وإعادة رسمها) فإنه من الممكن القول أن هناك خللا ما في الإنتباه والإدراك والتذكر والأداء الحركي مرتبط بتعاطي عدة أنواع من المخدرات (ك+ ش+ ب كحول وحشيش وحبوب) .

ب ـ وبالنسبة لمقاييس الشخصية ظهر من مقارنة أداء المتعاطين (ك ش ب) بغير المتعاطين ارتفاع الإنبساط (أو انخفاض الإنطواء) لدى المتعاطين مع ارتفاع درجة العصابية أيضا لدى المتعاطين وبفرق دال على الأقل بعد ٠٠٥ كما اتضح أيضا وجود ميول إجرامية متفوقة لدى هذه المجموعة على المجموعة الضابطة .

مجمل القول في تشخيص سلوك هذه المجموعة أن هناك اختلالا في وظائف الإنتبـاه والإدراك والتذكـر والأداء الحـركي مـع ميـل إلى الإنبسـاط والسلوك السيكوباتي (الإجرام). ومرة أخرى تتسق هذه النتائج مع نظرية آيزنك في الشخصية وكذلك مع الدراسات التي دارت حولها .

٥ ـ وإذا انتقلنا إلى مقارنة أداء المجموعة الضابطة (مدخنين وغير مدخنين) بأداء مجموعة متعاطي (الكحول+ الحشيش+ الأفيون+ أخرى) نلاحظ ما

يلي :

أ - وجود فرق دال وفي اتجاه تفوق المجموعة الضابطة في الأداء الحركي . وعلى مقياس بندر جشطلت (خلل الإدراك والذاكرة والسلوك الحركي) وجد أيضا انخفاض في مستوى أداء المتعاطين وبدرجة دالة عن أداء المجموعة الضابطة وهي نفس النتيجة الخاصة بمتعاطي (ك ش ب) السابقة .

ب - في مجال مقاييس الشخصية وجد ميل ظاهر وبشكل دال لتفوق المجموعة التجريبية في متغير الإنبساط في نفس اتجاه النتائج السابقة أي زيادة الإنبساط عند مجموعة المتعاطين . وفيما عدا ذلك لم توجد فروق في متغيرات الشخصية . ومن الواضح أن هذه المجموعة (المجموعة رقم ٧) مجموعة ذات تعاطي من نوع خاص ربما يكون في سياق الهواية بحيث لا يكون هناك تركيز على مخدر معين ، بل يتم تعاطي أي مخدر يتم العثور عليه وهذا واضح من استقراء الإجابات على السؤال رقم (٨) بإستبانة البحث حيث اتضح أن مثل هؤلاء الأفراد ليس لديهم شكل منتظم للتعاطي لنوع محدد من المخدرات .

٦ - ننتقل الآن لمقارنة أداء المجموعة الضابطة بأداء مجموعة التعاطي (كحول+ حشيش) .

أ - الأداء على مقاييس الحركية : تظهر المقارنة بين أداء المجموعتين أن هناك تفوقا في أداء المجموعة الضابطة وبشكل دال إحصائيا على مقاييس الأداء الحركي ثم على مقاييس ذاكرة الأرقام الثلاثة ولكن بشكل دال على مقاييس الذاكرة العكسية والمجموع . كذلك تفوقت المجموعة الضابطة على المجموعة التجريبية في الأداء على مقاييس جشطلت (نسخ واستدعاء) .

ب - لم توجد فروق دالة على مقاييس الشخصية بين المجموعتين التجريبية والضابطة (أي مجموعة المتعاطين ومجموعة غير المتعاطين) .

بهذا نكون قد انتهينا من مقارنة أداء المجموعة الضابطة بالمجموعات

الأخرى التي أجريت عليها الدراسة ومن الواضح أن الفروق في معظمها جاءت من مقارنة أداء المجموعة الضابطة بأداء مجموعة متعاطي الحشيش ومجموعة تعاطي الكحول ، وهذان هما النمطان السائدان للتعاطي في البيئة الكويتية .

أما مقارنة أداء المجموعة الضابطة بأداء باقي المجموعات الذين يتعاطون بدائل من بين الكحول والحشيش والأفيون والحبوب فلم تسفر (هذه المقارنة) عن وجود فروق أكثر بروزاً مما ظهر عند مقارنة المجموعة الضابطة بمتعاطي الكحول (فقط) أو متعاطي الحشيش (فقط) بل أن الأمر اللافت للنظر هو ضآلة الفروق بين أداء المجموعة الضابطة وأداء باقي المجموعات على المقاييس المختلفة ، وهذه نقطة تحتاج الى مزيد من المناقشة قد نعود إليها فيما بعد .

ثانياً : مقارنة أداء مجموعة الكحوليين بباقي المجموعات

رأينا من المقارنات السابقة أن أداء المجموعة الضابطة قد افترق وبشكل دال عن أداء مجموعة الكحوليين وذلك في اتجاه التدهور لدى الكحوليين (والمقصود بالتدهور في هذا السياق هو الإنخفاض في الأداء عن معدل الأسوياء . وحين نقارن أداء الكحوليين بأداء باقي المجموعات (غير الضابطة) نلاحظ ما يلي :

١ ـ **الكحوليون ومتعاطو الحشيش** (مجموعة ٣ ومجموعة ٤) ربما يلفت النظر أن اتجاه الإضطراب الموجود عند الكحوليين مقارناً بالمجموعة الضابطة شبيه بما عند متعاطي الأصناف الأخرى من المخدرات ، وهذا ما قد يتبادر إلى الظن من مجرد مقارنة أداء المجموعة الضابطة بأداء كلتا المجموعتين ولكن عند مقارنة أداء مجموعة الكحوليين بأداء مجموعة متعاطي الحشيش يتضح لنا أن هناك تباينا واضحاً يكشف عن نفسه على النحو التالي :

أ ـ بالنسبة لمقاييس السلوك الحركي لم توجد فروق دالة بين أداء المجموعتين وهذا معناه أن حجم الإضطراب يكاد يكون متشابهاً داخل المجموعتين مع ميل إلى زيادته لدى مجموعة الكحوليين .

وبالنسبة لمقاييس الذاكرة الرقمية (أمامي ومجموع) فقد اتضح أن أداء الكحوليين عليها أسوأ من أداء متعاطي الحشيش وهذا معناه أن حجم الخلل عند الكحوليين أكبر مما هو موجود لـدى متعاطي الحشيش

وبالنسبة لمقاييس التلف العضوي (بندر جشطلت) وما يرتبط به من مظاهـر سلوكية (إدراك وانتبـاه وذاكرة وأداء حـركي) فقد كشفت هذا المقياس بشكليه (النقل والإستدعاء) عن تزايد الخلل لدى متعاطي الكحوليات مقارناً بمتعاطي الحشيش وليس معنى هذا أن تعاطي الحشيش أكثر صحية أو أقل ضرراً . . . الخ ولكن المعنى الذي تبرزه تلك النتيجة بمضافة إلى النتائج السابقة في (أولاً) أن كليهما مضر وأن تعاطي كل منهما على حدة يرتبط بالخلل في السلوك المعرفي والحركي ولكن من الواضح أن الوظائف النفسية (معرفيـة وحـركية) أكـثر حساسيـة من حيث إيجـابيـة الخلل عنـد متعـاطي الكحوليات .

ب ـ وفي مجال مقاييس الشخصية ظهر أن الكحوليين أكثر عصابيـة من متعاطي الحشيش وهذا معناه أن متعاطي الحشيش أقل اضطراباً من الكحوليين ، (وإن كان الفرق لم يصل إلى مستوى الدلالة) . كما اتضح أن الكحوليين أكثر ميـلاً لسلوك الإنبساط (وبشكـل دال) وأيضـاً للسلوك الإجرامي ، كـما أن متعـاطي الحشيش أكـثر ميـلاً للقابلية للإيحاء (أي القابلية للتأثر) من الكحوليين .

والنتائج بهذا الشكل تكاد تقدم إلينا نمطية تباين بين المتعاطين من حيث الشخصية فالكحولي أكثر عصابية وأكثر انبساطاً ومتعاطي الحشيش أقل عصابية وأكثر انطواء وأكثر أيضاً قابلية للإيحاء وبتجميع هذه الجزيئات من النتائج معاً نـلاحظ أن متعاطي الحشيش أقـل تدهـوراً في السلوك المعرفي والحـركي من متعاطي الكحوليات ولكن أكثر انطواء وقابلية للإيحاء .

٢ ـ مقارنة الكحوليات بالمجموعة ٥ (متعاطي الكحول+ الحشيش+ الأفيون+

الحبوب) تشير النتائج التي يعرضها الجدول إلى ما يلي :

أ ـ أنه بالنسبة للسلوك الحركي (مقياس ٢١) ظهر أن الكحوليين أشد تدهوراً وبشكل دال من المجموعة الخامسة .

ب ـ ظهر أيضاً أن مجموعة الكحوليين أشد تدهوراً في الذاكرة الرقمية مقياس (٣) الذاكرة الأمامية وفي مقياس ٥ الذاكرة الرقمية الكلية (أمامي وعكسي) .

ج ـ في مجال قياس آثار التلف العضوي (بندر جشطلت) للإدراك والتذكر والتآزر الحركي ظهر من المقاييس المستخدمين (نسخ وتذكر) أن أداء أفراد مجموعة التعاطي المتعدد أفضل من أداء مجموعة تعاطي الكحول (فقط) . وهذا معناه ارتباط ازدياد التدهور مع تعاطي الكحول بمفرده ، بأكثر من ارتباطه بتنوع التعاطي .

د ـ بالنسبة لخصائص الشخصية يتضح أن مجموعة تعدد التعاطي (٥) أكثر ميلاً للكذب أو للجاذبية الإجتماعية من مجموعة الكحوليين ، كما أنهم أكثر ميلاً للإنبساط وهذا معناه ازدياد درجة الإنطواء (مقلوب الإنبساط) عند الكحوليين . ومن الملاحظ أيضاً أن متعددي التعاطي أكثر ميلاً للقابلية للإيحاء من الكحوليين .

وبإيجاز فإن تعدد التعاطي يرتبط بالكذب والإنبساط والقابلية للإيحاء ، وذلك عند مقارنة ذلك بتعاطي الكحول فقط .

هـ ـ ظهر أيضاً أن مجموعة تعاطي الكحول أكثر ميلاً لإصدار أخطاء أكثر في مقارنتهم للأطوال وذلك في اتجاه الميل إلى التطويل .

٣ ـ مقارنة الكحولين (مجموعة ٣) بمتعاطي الكحول والحشيش والحبوب (مجموعة رقم ٦).

المجموعة (٦) تختلف عن المجموعة (٥) في أنها متعددة التعاطي فيما عدا تعاطي الأفيون . وبمقارنة أداء هذه المجموعة على المقاييس المستخدمة بأداء مجموعة الكحوليين نلاحظ ما يلي :

أ ـ انخفاض الأداء الحركي للكحوليين وكذلك تدهور الذاكرة المباشرة (وبشكل دال) لديهم . ومن الملاحظ أيضاً تدهور باقي أنماط الذاكرة بشكل يكاد يصل إلى مستوى الدلالة في الذاكرة الكلية (ت ١٩٥) لدى مجموعة الكحوليين وهذا معناه أن تعاطي الكحول فقط يرتبط بالضرر الأكبر على السلوك الحركي والذاكرة (وهي نقطة سنتناولها بالمناقشة فيما بعد) .

ب ـ أما في السلوك المرتبط بالتلف العضوي لبعض مراكز الدماغ (بندر جشطلت) فقد ظهر أيضاً أن متعاطي الكحول أكثر تدهوراً ـ ولكن الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة ـ من متعاطي أكثر من عقار .

ج ـ وينطبق نفس الأمر أيضاً على مقاييس الشخصية (استخبار آيزنك للشخصية) حيث لم توجد فروق دالة بين المجموعتين . ويعني هذا أن مجموعة التعاطي المتعدد أكثر تدهوراً في خصائص الشخصية من مجموعة تعدد التعاطي الأقل (ناقص الأفيون) . ولكن لوحظ أنه على مقياس القابلية للإيحاء (من منسوتا للشخصية) ظهر أن متعددي التعاطي (مجموعة ٦) أكثر قابلية للإيحاء من متعاطي الخمور فقط .

وبمناقشة النتائج التي وردت في هذا القسم بنتائج المقارنة السابقة (مجموعة ٣ بالمجموعة ٥ مجموعة تعدد التعاطي الكامل) نلاحظ أن التدهور أكثر وضوحاً في مجموعة الكحوليين .

٤ ـ مقارنة أداء الكحوليين بأداء تعدد التعاطي (ج ٧) على المقاييس النفسية .

المجموعة السابعة وهي مجموعة تعدد أنماط التعاطي (كحول حشيش أفيون) أي تختلف عن المجموعة (٦) في أنها تتعاطى الأفيون بدلاً من الحبوب . وبفحص قيم (ت) نلاحظ ما يلي :

أ ـ ارتفاع معدل التدهور لدى المجموعة (٣) الكحوليين على الأداء الحركي (١) وإن لم يكن دالاً وعلى الأداء الحركي (٢) وقد جاء الفرق دالا .

ب ـ بالنسبة لذاكرة الأرقام جاء التدهور لمجموعة الكحوليين (٣) أيضاً أكبر مما وجد لدى مجموعة تعدد التعاطي على الذاكرة الأمامية والمجموع .

ج ـ بالنسبة لمقياس بندر جشطلت (الإدراك والتذكر والتآزر الحركي) جاء أداء مجموعة الكحوليين أسوأ من مجموعة متعددي التعاطي .

د ـ بالنسبة لمقاييس الشخصية (آيزنك) وجد بالنسبة لمقياس الجاذبية أن متعددي التعاطي أكثر ميلاً للكذب (أو للجاذبية الشخصية) من متعاطي الكحول ، وفي مجال العصابية لم يوجد فرق . ووجد فرق لصالح متعددي التعاطي في الإنبساط. ومعنى هذا زيادة الإكتئاب أو الإنطواء لدى الكحوليين مقارنين بمجموعة التعاطي المتعدد .

هـ ـ وجد أيضاً فرق لصالح متعددي التعاطي في مقياس القابلية للإيحاء .

و ـ في مجال مقارنة الأطوال (مقياس ٦) وجد فرق لصالح الكحوليين وفي اتجاه ميلهم لأن يكونوا أكثر استعداداً للخطأ في اتجاه التطويل من مجموعة متعددي التعاطي (ج ٧) .

٥ ـ مقارنة أداء مجموعة الكحوليين (مجموعة ٣) بأداء المجموعة ٨ (مجموعة تعاطي الكحول والحشيش) .

بإستقراء قيم (ت) الواردة بالجدول يمكن ملاحظة ما يلي :

أ ـ انخفاض أداء الكحوليين على مقاييس السلوك الحركي وبشكل جوهري على المقياس الثاني (. . . التنقيط) .

ب ـ أما بالنسبة لمقاييس ذاكرة الأرقام الثلاثة فقد وجد أن أداء الكحوليين أسوأ من أداء مجموعة تعدد التعاطي (حشيش+ كحول) وبشكل دال على الذاكرة الأمامية ومجموعة التذكر .

ج ـ بالنسبة لمقياس بندر جشطلت بشقية النسخ والتذكر وجد أن أداء الكحوليين أيضاً أسوأ من أداء مجموعة الحشيش والكحول .

د ـ بالنسبة لمقاييس الشخصية وجد أن الكحوليين أقل كذباً وأقل عصابية

وأقل انبساطاً من مجموعة الحشيش والكحول .

هـ ـ وجد أيضاً أن مجموعة الكحوليين أقل من حيث القابلية للإيحاء من المجموعة الأخرى .

ومن الواضح مرة أخرى أن مجموعة الكحوليين أكثر تدهوراً في السلوك الحركي والمعرفي ، ولكنهم أقل تدهوراً من حيث خصائص الصحة النفسية من المجموعة الأخرى فهم أقل عصابية وأقل قابلية للإيحاء ولكنهم أقل انبساطاً من مجموعة الحشيش والكحول .

ثالثاً : مقارنة المجموعة الرابعة (الحشيش) بباقي المجموعات

لاحظنا من قبل عند مقارنة المجموعة الرابعة بالمجموعة الأولى أن مجموعة تعاطي الحشيش أسوأ أداء على مقاييس السلوك الحركي وعلى الذاكرة وعلى مقياس بندر جشطلت للإدراك والذاكرة والتآزر الحركي وهم أكثر ميلاً للسلوك الإجرامي .

كذلك لاحظنا عند مقارنتهم بمتعاطي الخمور (مجموعة ٣) أنهم أفضل أداء على مقاييس السلوك الحركي والمعرفي ، وكانوا أكثر ارتفاعاً في الإنبساط ، كما كانوا أكثر قابلية للإيحاء (زيادة الحساسية النفسية) ، كما أنهم كانوا أكثر ميلاً للخطأ في تقدير الأطوال في اتجاه التطويل .

والآن وعند إجراء المقارنات المتبقية مع المجموعات الأخرى نلاحظ ما يأتي :

١ ـ عند مقارنة أداء المجموعة الرابعة بأداء المجموعة (٥) (تعاطي متعدد لأربع عقاقير) نجد ما يأتي :

أ ـ بالنسبة للسلوك الحركي نجد أن أداء المجموعة الأخرى (مجموعة تعدد التعاطي) على مقاييس السلوك الحركي أفضل ولم تظهر فروق دالة على باقي مقاييس السلوك الحركي والمعرفي الأخرى .

ب ـ بالنسبة لاستخبار آيزنك للشخصية لم تظهر فروق دالة على جميع المقاييس ووجد فرق دال على مقياس القابلية للإيحاء (منيسوتا

للشخصية) في اتجاه إرتفاع درجة المجموعة الخامسة وضآلة درجة مجموعة تعاطي الحشيش .

٢ ـ مقارنة أداء مجموعة تعاطي الحشيش (٤) بأداء المجموعة (٦) (كحول وحشيش وحبوب) .

بمراجعة الجدول يتضح عدم وجود أي فروق دالة بين المجموعتين على أي مقياس من المقاييس المستخدمة في الدراسة .

٣ ـ مقارنة أداء مجموعة تعاطي الحشيش (٤) بأداء المجموعة (٧) (كحول وحشيش وأفيون) .

وتظهر المقارنة عدم وجود أي فروق دالة على مقياسين هما مقياس السلوك الحركي (٢) في اتجاه تفوق مجموعة (تعدد التعاطي) ومقياس السلوك الإجرامي في اتجاه تفوق درجة متعاطي الحشيش .

٤ ـ مقارنة أداء مجموعة تعاطي الحشيش (مجموعة ٤) بالمجموعة ٨ (حشيش وكحول) .

بمراجعة النتائج يتضح لنا أن أداء المجموعة (٤) يتماثل مع أداء المجموعة (٨) إلا في مقياسين هما مقياس السلوك الحركي (٢) في اتجاه تفوق أداء المجموعة ٨ (حشيش وكحول) وكذلك مقياس بندر جشطلت للنسخ وفي اتجاه تفوق أداء مجموعة الحشيش .

ولا توجد أية فروق دالة على باقي مقاييس السلوك الحركي أو المعرفي أو خصائص الشخصية .

تعليق مبدئي على مقارنات مجموعة الحشيش بباقي المجموعات

تظهر المقارنات السابقة أن مجموعة الحشيش منفردة ومتميزة ولكن التشابه بين أدائها وأداء المجموعات الأخرى (من غير الكحوليين) يشعرنا بأنه من المحتمل أن تلك المجموعات هي مجموعات تعاطي الحشيش أصلاً ولكنها تلجأ إلى تعاطي العقاقير الأخرى عندما لا تجد الحشيش ، وقد يفسر ذلك عدم وجود فروق بين تلك المجموعات ومجموعة تعاطي الحشيش ، وعلى عكس ما ظهر من

وجود فرق بين أداء تلك المجموعات ومجموعة تعاطي الكحوليات .

رابعاً : مقارنة أداء المجموعة رقم (٥) تعاطي كل المخدرات بأداء باقي المجموعات .

أظهرت مقارنة أداء المجموعة رقم (٥) بأداء المجموعة رقم (١) المجموعة الضابطة وجود فرق في السلوك الحركي (١) لصالح المجموعة الضابطة وفي مقياس بندر جشطلت لصالح المجموعة الضابطة أيضاً . كما وجد أن الضابطة أقل عصابية وأقل إجراماً من المجموعة (٥) مجموعة تعدد التعاطي الكامل .

وعند مقارنة أداء المجموعة (٥) تعدد التعاطي بأداء المجموعة (٣) الكحوليين وجدت فروق على معظم المقاييس الحركية والمعرفية والمزاجية . فقد وجد أن أداء الكحوليين أسوأ على السلوك الحركي ١ ، ٢ وعلى الذاكرة (أمامي وكلي) وعلى بندر جشطلت (نسخ وتذكر) كما أن الكحوليين كانوا أكثر خطأ عند قيامهم بمقارنة الأطوال .

وبالنسبة للشخصية وجد أن الكحوليين أقل كذباً وأقل عصابية وأقل قابلية للإيحاء .

أي أنهم أشد تدهوراً من الناحية المعرفية والحركية وأقل اضطراباً في النواحي المزاجية .

وعند مقارنة أداء المجموعة (٤) تعاطي الحشيش بالمجموعة (٥) تعدد التعاطي وجد أن الفروق كانت لصالح المجموعة (٥) على ٣ مقاييس فقط وهي السلوك الحركي ١ ، ٢ كما كانت المجموعة (٤) أيضاً أقل قابلية للإيحاء (والفروق بهذا الشكل ليست قوية) .

والآن :

١ ـ بمقارنة أداء المجموعة (٥) بأداء المجموعة (٦) مجموعة الكحول والحشيش والحبوب نلاحظ عدم وجود أي فروق دالة إلا على مقياس واحد هو مقياس الإنبساط لصالح المجموعة (٥) .

٢ ـ وبمقارنة أداء المجموعة (٥) بأداء المجموعة (٧) كحول وحشيش وأفيون لا نجد أي فرق بين أداء المجموعتين .

٣ ـ وبمقارنة أداء المجموعة (٥) بالمجموعة (٨) كحول وحشيش لا نجد إلا فرقين على مقياس بندر جشطلت لصالح المجموعة (٥) والقابلية للإيحاء لصالح المجموعة (٥) أيضاً .

تعليق مبدئي على نتائج مقارنات أداء المجموعة (٥)

من الواضح أن هذه المجموعة (تعاطي كل المخدرات) تختلف عن مجموعة الكحوليين ولكنها تتشابه في الأداء مع باقي المجموعات الأخرى ، وربما كانت هذه المجموعة أيضاً هي مجموعة تعاطي الحشيش كما سبق وذكرنا من قبل خاصة وأن أداءها مقارناً بأداء المجموعة (٤) مجموعة تعاطي الحشيش يكاد يكون متشابهاً على جميع المقاييس فيما عدا اثنين فقط .

خامساً : مقارنة أداء المجموعة (٦) (ك ش ب) بأداء المجموعات الأخرى

ظهر من المقارنات السابقة أن المجموعة (٦) مجموعة تختلف إلى حد ما عن المجموعة (١) المجموعة الضابطة في السلوك الحركي (١) لصالح الضابطة وفي بندر جشطلت أيضاً لصالح الضابطة . ومن حيث مقاييس الشخصية وجد أنهم أكثر عصابية من الضابطة وأقل انبساطاً (أكثر انطواء) من الضابطة .

كذلك عند مقارنتهم بالمجموعة (٣) « الكحوليين » وجدت فروق حاسمة على معظم المتغيرات تشير إلى أن مجموعة الكحوليين أسوأ على بعض مقاييس السلوك الحركي والمعرفي (سلوك حركي ٢ وذاكرة أمامية) كما أنهم (الكحوليين) أقل قابلية للإيحاء وبهذا يتشابه أداء هذه المجموعة مع أداء مجموعة الكحوليين على معظم مقاييس الدراسة .

وعند مقارنة أدائهم بأداء المجموعة (٤) تعاطي الحشيش تبين عدم وجود أي فروق بينهما في أداء المقاييس المستخدمة في الدراسة .

ـ وبمقارنة أدائهم أيضاً بأداء المجموعة (٥) (ك) لم توجد أيضاً أية

فروق إلا على مقياس الإنبساط في اتجاه إرتفاع الإنبساط عند المجموعة (٥) .

أما بالنسبة لأداء المجموعة (٧) (كحول حشيش أفيون) فتظهر مقارنة أداء المجموعة (٦) بأدائهم عدم وجود فروق بالنسبة للسلوك الحركي والمعرفي بين المجموعتين ويوجد فرق فقط في السلوك الذهاني والسلوك الإجرامي لصالح المجموعة (٦) بمعنى أن المجموعة (٦) (كحول وحشيش وحبوب) مقارنة بالمجموعة (٧) كحول وحشيش وأفيون أكثر ميلاً للذهان والإجـرام . وهي نتيجة أقرب ما تكون إلى النتائج التي تأتي نتيجة للصدفة ، ويمكن أن تصنف في أطر مجموعتي الكحول (٣) أو الحشيش (٤) وهو الأقرب الى الظن أيضاً ولكنها تميل إلى تعاطي الأنواع الأخرى عندما تعوزها الحاجة أو لا تجد مخدرها الأصلي (الخمور أو الحشيش) .

سادساً : مقـارنة أداء المجمـوعة (٧) « خمـور وحشيش وأفيون بـأداء باقي المجموعات

أظهرت نتائج المقارنة والتي تم عرضها من قبل أن هذه المجموعة مقارنة بباقي المجموعات تتميز بما يلي :

أ ـ عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة عـلى السلوك الحركي والمعـرفي وسمات الشخصية فقد كان أداؤها أسوأ على السلوك الحركي (١) وعلى بنـدر جشـطلت (نسخ وتـذكر) . وفي سـمات الشخصيـة تتميـز بـأنها أكـثر عصابية .

ب ـ وفي مقارنتها بـالمجموعـة (٣) متعاطي الكحـوليات ظهـر أن متعاطي الكحوليات ذوو أداء أسوأ على متغيرات السلوك الحركي والذاكرة الرقمية الأمامية والـذاكرة الـرقمية الكليـة وعلى اختبـار بندر جشـطلت (نسخ وتـذكر) . كـما أن أعضاء هـذه المجموعـة أداؤهم أفضل عـلى مقياس الكذب مقارنين بمجموعة الكحوليين ونفس الأمر في مقياس الإنبساط أي، أنهم أكثر انبساطاً وأقل انطواء من الكحوليين وكذلك القابلية للإيحاء وهم أقل أخطاء في تقدير الأطوال (تطويل) .

ج- وعند مقارنة أداء المجموعة (٧) بأداء المجموعة (٤) « متعاطي الحشيش » ظهر أنه من بين (١٦) مقارنة لم يوجد إلا فرقين دالين هما السلوك الحركي (٢) لصالح المجموعة (٧) والميل للإجرام (متغير ١٢) لصالح متعاطي الحشيش . وعلى هذا يمكن اعتبار هذه المجموعة أكثر شبهاً بمتعاطي الحشيش .

د- وعند مقارنة أداء المجموعة (٧) بأداء المجموعة (٥) « كل المخدرات » لم توجد أي فروق بينهما إلا على مقياس ١٣ القابلية للإيحاء لصالح المجموعة (٧) .

هـ- بمقارنة أداء المجموعة (٧) بأداء المجموعة (٦) « كحول حشيش حبوب » لم توجد فروق إلا على مقياس الذهانية والإجرام لصالح المجموعة (٦) وكما ذكرنا من قبل فإن أداء هذه المجموعة (٦) والمجموعة (٥) والمجموعة (٧) يعتبر مشابهاً لأداء مجموعة تعاطي الحشيش .

و- وعند مقارنة أداء المجموعة (٧) بأداء المجموعة (٨) « كحول وحشيش » لم توجد أي فروق .

وكما هو واضح من هذه المقارنات أن المجموعة (٧) تتشابه إلى حد كبير مع المجموعات ٥ ، ٦ ، ٨ وهي المجموعات التي تتشابه بدورها مع المجموعة (٤) مجموعة تعاطي الحشيش ، ومن ثم يمكن اعتبار هذه المجموعات من حيث الإنتماء السيكولوجي ذات موقع يدخل في نطاق سلوكيات متعاطي الحشيش ، سواء من حيث السلوك الحركي أو الذاكرة أو الإنتباه والإدراك والتآزر الحركي أو الشخصية بمتغيراتها المختلفة .

سابعاً : مقارنة أداء المجموعة (٨) كحول وحشيش بأداء باقي المجموعات

أبرزت المقارنات السابقة أن الفروق بين المجموعات (٨) وبين المجموعة الضابطة قد جاءت على السلوك الحركي (٦) لصالح الضابطة وعلى الذاكرة (الكلية) لصالح الضابطة أيضاً وعلى إختبار بندر جشطلت (إدراك

وذاكرة وتآزر) لصالح الضابطة ولم توجد فروق عن متغيرات الشخصية وباقي المقاييس الأخرى .

ـ وعند مقارنة أداء المجموعة (٨) بأداء مجموعة الكحوليين فقط (مجموعة ٣) وجد أن أداء الكحوليين أسوأ على معظم المقاييس المستخدمة للسلوك الحركي والمعرفي . كما وجد أن الكحوليين أقل كذباً وأكثر عصابية وأكثر انطواء وأقل قابلية للإيحاء .

بمعنى آخر توجد فروق بين أداء هذه المجموعة (كحول وحشيش) ومجموعة الكحوليين .

ـ وبمقارنة أداء المجموعة (٨) بالمجموعة (٤) (حشيش فقط) نلاحظ أن الفروق توجد فقط على مقياسين اثنين من بين كل المقاييس وهذا يوحي بأن هذه المجموعة أقرب ما تكون إلى مجموعة تعاطي الحشيش .

ـ وعند مقارنة أداء هذه المجموعة بأداء المجموعة (٥) « كل العقاقير » نلاحظ أنه من بين ١٦ مقارنة لم نجد إلا فرقين هما المتغير ٦ بندر جشطلت (نسخ) والمتغير (١٣) القابلية الإيحاء والفرق لصالح المجموعة (٥) أي أن المجموعة (٨) أسوأ في الإدراك وأقل قابلية للإيحاء .

ـ بمقارنة أداء المجموعة (٨) بأداء المجموعة (٦) « كحول وحشيش وحبوب » لم يوجد من بين ١٦ مقارنة إلا فرق واحد على المتغير ١٠ « الإنبساط » لصالح المجموعة (٨) وتكاد المجموعتان بهذا تكونان متشابهتين .

ـ وعند مقارنة أداء المجموعة (٨) « كحول وحشيش » بأداء المجموعة (٧) « الكحول وحشيش وأفيون » لم نعثر على أي فرق دال وذلك من خلال فحص جميع المقارنات على المقاييس النفسية الستة عشر .

مرة أخرى نصل إلى نفس الإستنتاج الذي قدمناه من قبل : هو أن هذه المجموعة تنتمي مع المجموعات الأخرى ٥ ، ٦ ، ٧ إلى نفس المنطقية السلوكية التي تنتمي إليها المجموعة (٤) مجموعة تعاطي الحشيش ومن الممكن في هذه الحالة افتراض أن هذه المجموعات ليست مجموعات مستقلة عن بعضها البعض

ولا عن مجموعة تعاطي الحشيش ، ولكنها مستقلة ـ كما هو واضح من المقارنات الإحصائية ـ عن المجموعة الضابطة ومستقلة أيضاً عن مجموعة تعاطي الكحول ، فيكون لدينا بهذا الشكل ثلاث مجموعات رئيسية هي :

أ ـ المجموعة الضابطة « وتضم مجموعتين فرعيتين المدخنين وغير المدخنين » (١ ، ٢) .

ب ـ مجموعة تعاطي الكحوليات (٣) .

ج ـ مجموعة تعاطي الحشيش (٤) ويمكن أن تضاف إليها المجموعات المستقلة ٥ ، ٦ ، ٧ ، ٨ .

تعليق ختامي على المقارنات بواسطة (ت) :

يتضح لنا من المقارنات السابقة أن مجموعة الكحوليين هي أسوأ المجموعات أداء على المتغيرات المستخدمة في الدراسة وخاصة المتغيرات المعرفية (الذاكرة والإدراك والإنتباه) والمتغيرات الحركية ومتغيرات الشخصية ، إذ يظهر أنهم أكثر اضطراباً على مقاييس العصابية والإجرام والقابلية للإيحاء .

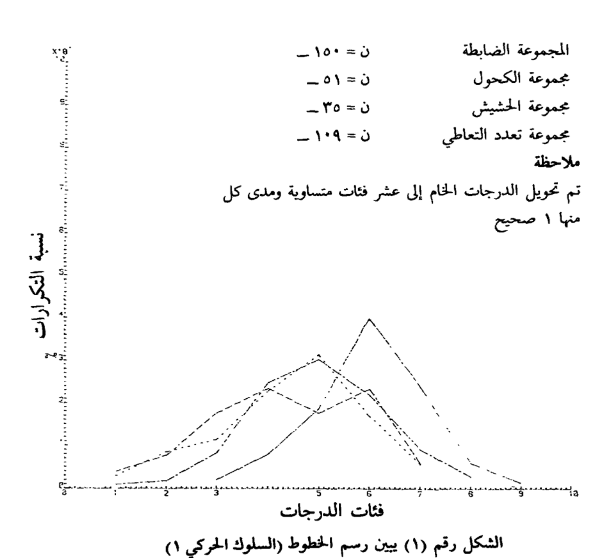
وتأتي بعد ذلك مجموعة تعاطي الحشيش وهي ذات أداء أشد اضطراباً من المجموعة الضابطة ولكن أقل من مجموعة الكحوليين .

وتتسق هذه النتائج مع النتائج التي توفرت من الدراسات السابقة والتي تمت الإشارة إليها في صدر هذا التقرير ومن أهمها الدراسة المصرية عن تعاطي الحشيش (هيئة بحث تعاطي الحشيش ، ١٩٦٠ ، ١٩٦٤ . Soueif el al, 1980 حنورة ١٩٨٦) .

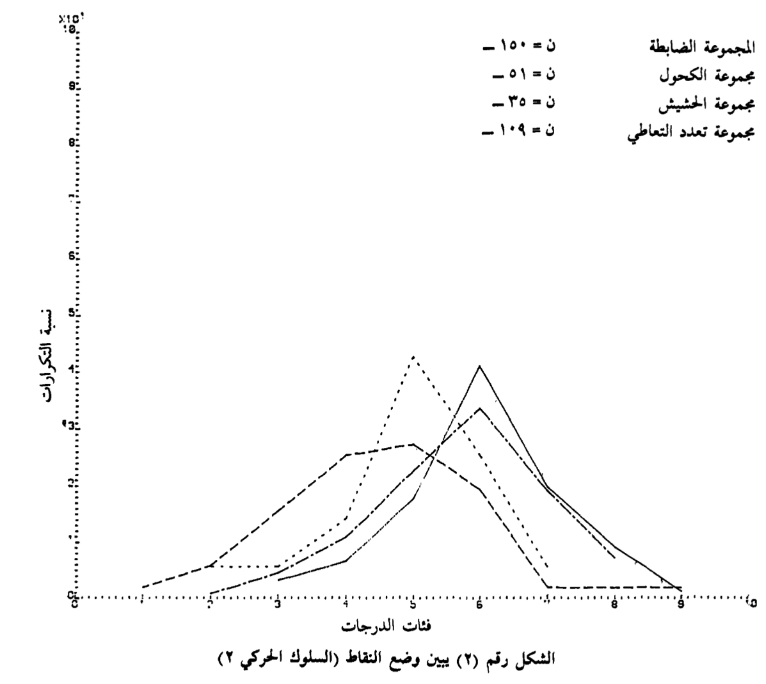
ولا مجال هنا للقول بأن السبب في تدهور أداء الكحوليين ومتعاطي الحشيش(و المخدرات الأخرى) وهم جميعاً من مزمني التعاطي لا مجال للقوم بأن السبب في تدهورهم هو تعاطي المخدرات والكحوليات ، ولكن من الممكن القول بوضوح أن أداءهم أشد تدهوراً أو أكثر اضطراباً من أداء المجموعة الضابطة ، أما عن السبب أو التعليل فهذا يحتاج منا إلى حذر واحتياط قبل الحسم بقرار نهائي ، فمن المعروف أن هناك أبعاداً متعددة تتفاعل فيما بينها

لإفراز سلوك التعاطي كما وضحنا عند حديثنا عن ديناميات هذا السلوك منها ما هو اجتماعي خاص بالبيئة والجماعة التي ينتمي إليها الفرد وما هو نفسي وجداني وعقلي وحركي وما هو ذو أساس بيولوجي كامن في استعدادات الشخص البيولوجية وحينما توجد صيغة معينة للتفاعل بين هذه الأبعاد فمن الممكن أن يجد سلوك التعاطي متنفساً أو واقعاً ملائماً للظهور والتبلور .

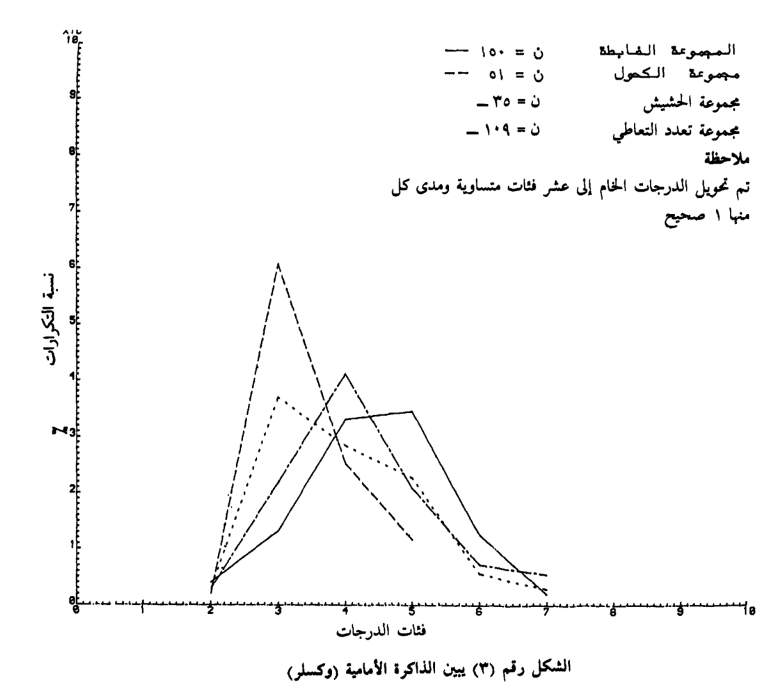
وتعرض الرسوم البيانية التالية للمقارنات الخطية بين أداء المجموعات الأربع التي تم دمجها وفقاً لما انتهت إليه نتائج المقارنات التفصيلية .



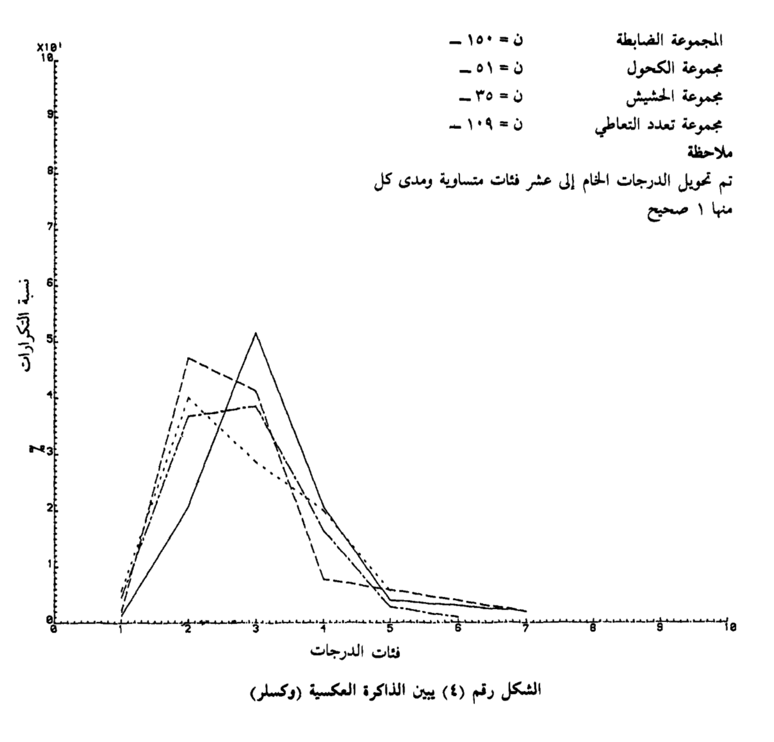
الشكل رقم (١) يبين رسم الخطوط (السلوك الحركي ١)



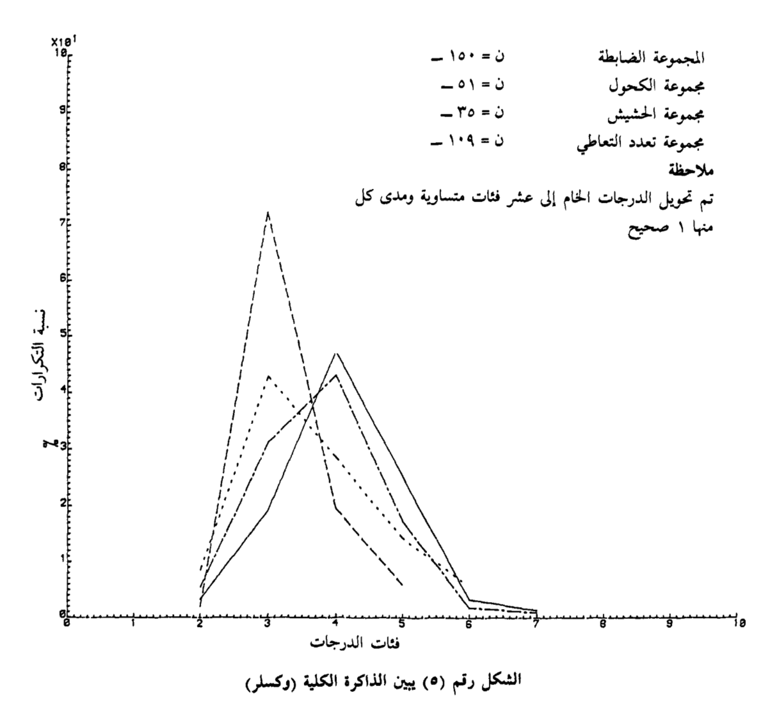
الشكل رقم (٢) يبين وضع النقاط (السلوك الحركي ٢)



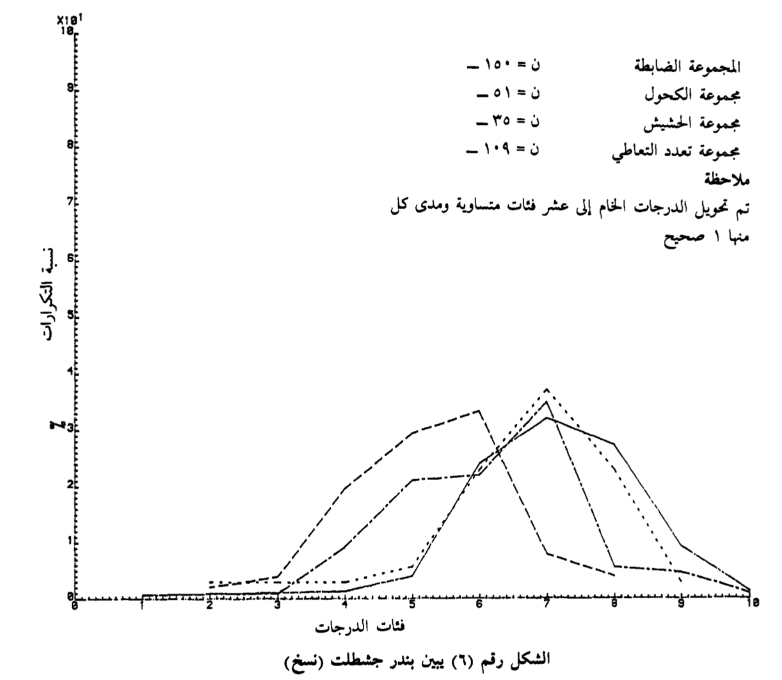
الشكل رقم (٣) يبين الذاكرة الأمامية (وكسلر)



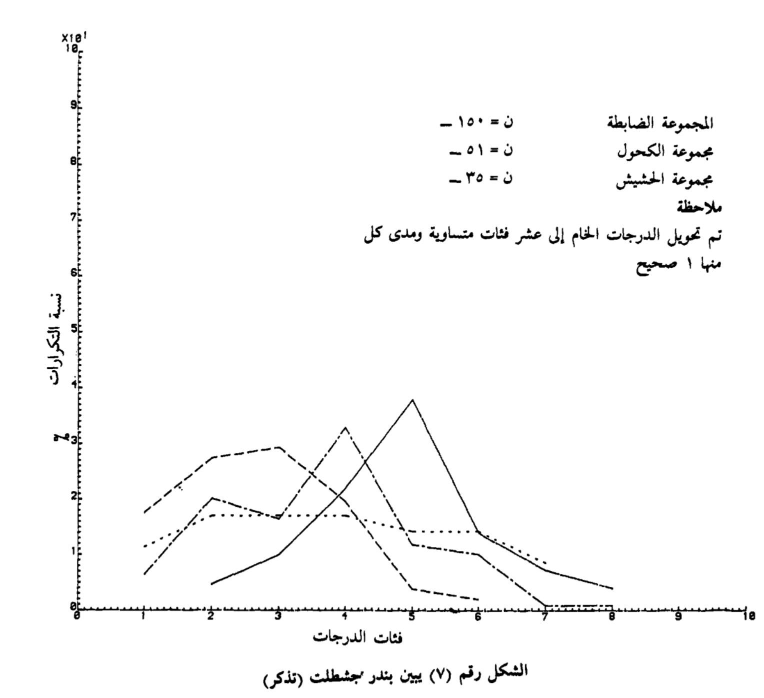
الشكل رقم (٤) يبين الذاكرة العكسية (وكسلر)



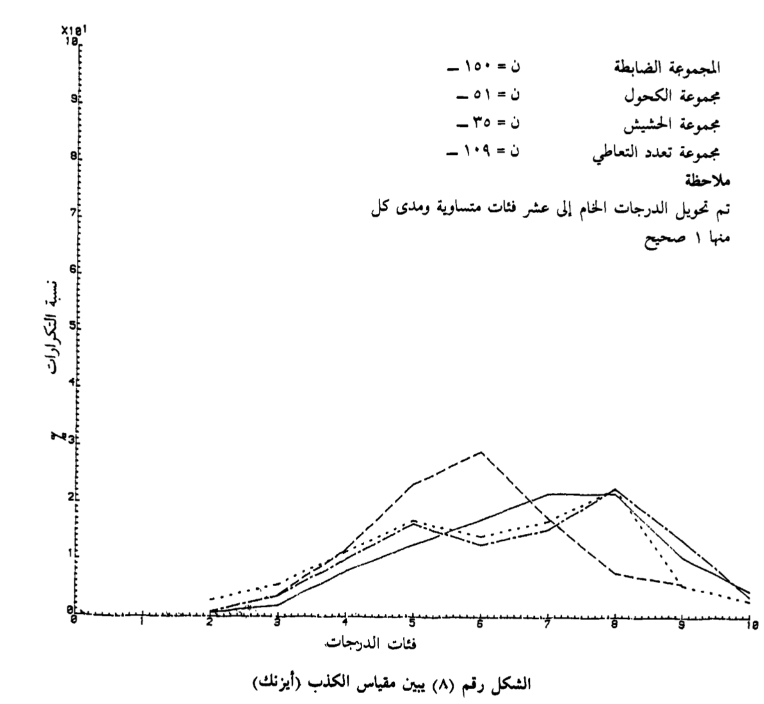
الشكل رقم (٥) يبين الذاكرة الكلية (وكسلر)



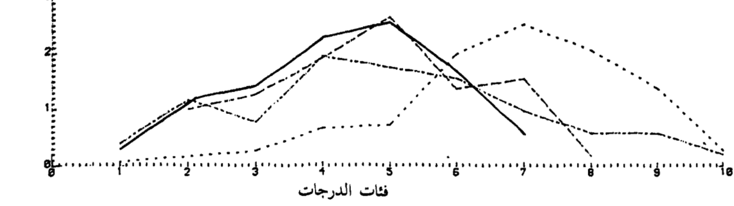
الشكل رقم (٦) يبين بندر جشطلت (نسخ)



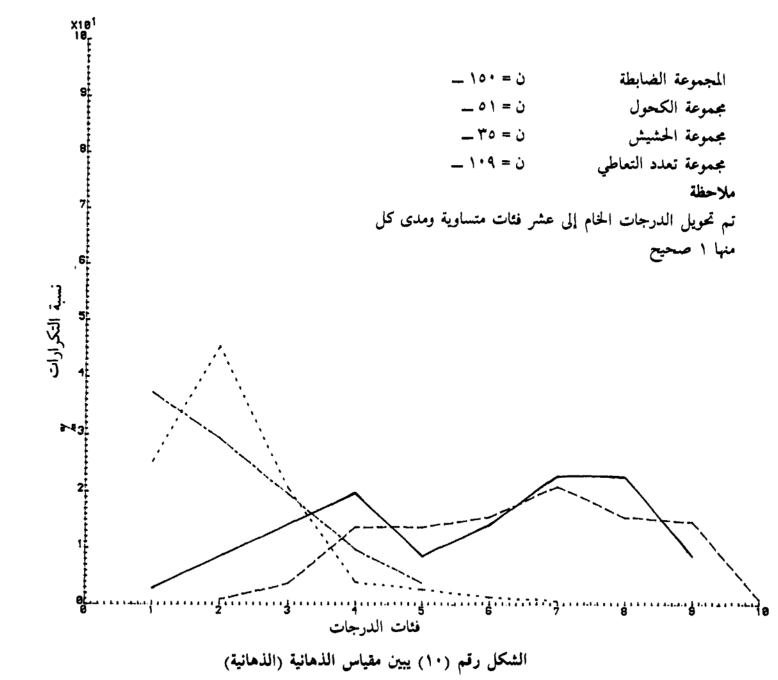
الشكل رقم (٧) يبين بندر جشطلت (تذكر)



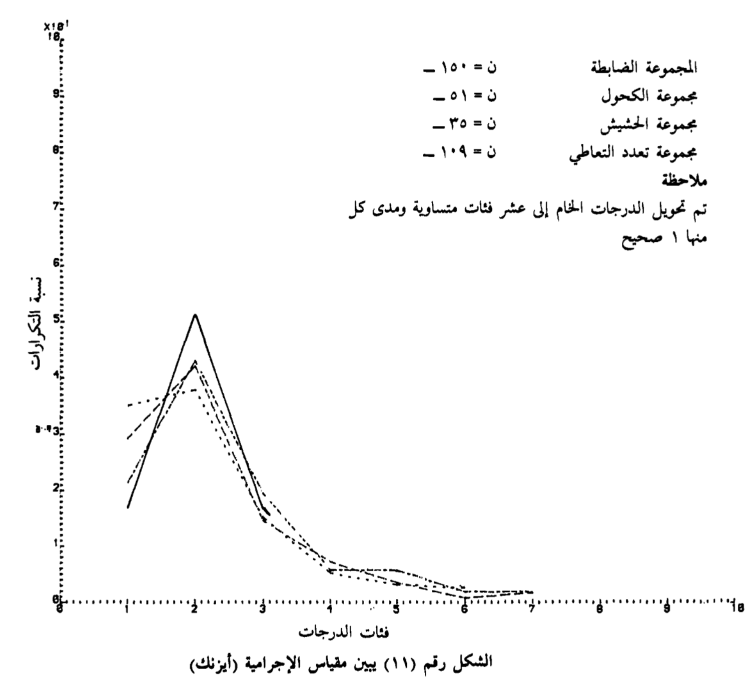
الشكل رقم (٨) يبين مقياس الكذب (أيزنك)



الشكل رقم (٩) يبين مقياس الانبساط (أيزنك)



الشكل رقم (١٠) يبين مقياس الذهانية (الذهانية)



الشكل رقم (١١) يبين مقياس الإجرامية (أيزنك)

X10[1]

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

% نسبة التكرارات

المجموعة الضابطة	ن = ١٥٠ ــ
مجموعة الكحول	ن = ٥١ ــ
مجموعة الحشيش	ن = ٣٥ ــ
مجموعة تعدد التعاطي	ن = ١٠٩ ــ

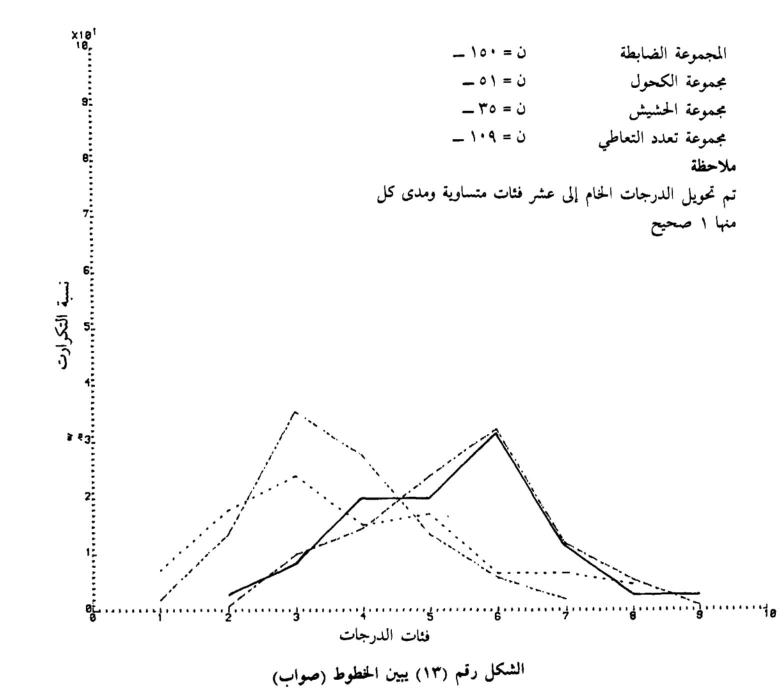
ملاحظة

تم تحويل الدرجات الخام إلى عشر فئات متساوية ومدى كل منها ١ صحيح

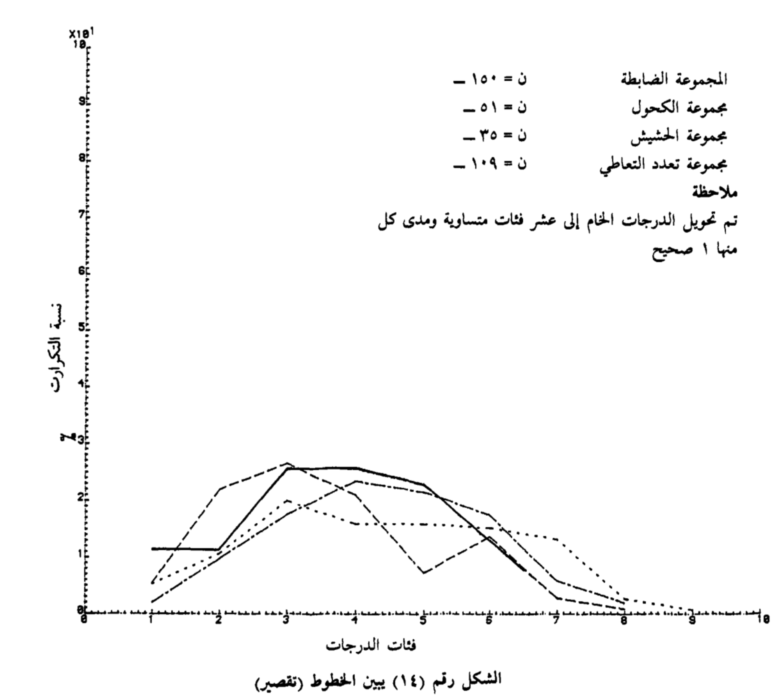
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

فئات الدرجات

الشكل رقم (١٢) يبين القابلية للإيحاء (منيسوتا)



الشكل رقم (١٣) يبين الخطوط (صواب)



الشكل رقم (١٤) يبين الخطوط (تقصير)

الفصل الثاني عشر

نتائج الارتباطات والتحليل العاملي لدرجات متعاطي المخدرات والكحوليات على مقاييس الدراسة

مقدمة

بعد أن استعرضنا نتائج الدراسة المتعلقة بالفروق بين المجموعات في الأداء على المقاييس النفسية . نجد أننا مطالبين بالإجابة عن سؤال يطرح نفسه على الأذهان وهو : هل هناك أنماط لسلوك متعاطي المخدرات تتمحور من حول كل نمط منها خصائص أو سمات أو إستعدادات معينة ؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم استخدام أسلوب معاملات الإرتباط والتحليل العاملي لدرجات المتعاطين للكحوليات والمخدرات جميعاً الذين تم الإعتداد باستجاباتهم وعددهم ٢٢٦ شخصاً من الكويتيين الذكور .

والسبب في توجهنا نحو هذه المجموعة هو أننا نريد أن نكشف عن الأنماط أو العوامل أو الأطر الأساسية التي تتمحور حولها سلوكيات المتعاطين للأنواع المختلفة من المخدرات بصرف النظر عن تنوع أنماط ومواد التعاطي ، ومن ثم فقد رأينا أن أفضل أسلوب لذلك هو أسلوب الكشف عن حجم الإرتباطات وإتجاهاتها بين المقاييس المختلفة ثم إجراء تحليل عاملي على مصفوفة الإرتباطات من أجل مزيد من التركيز والإختزال لتشتت الإرتباطات المختلفة بين مختلف المقاييس (فرج ، ١٩٨٠ ، حنورة ، ١٩٨٦)

وقد تم إجراء التحليلات الإحصائية التالية لدرجات المفحوصين (ن = ٢٢٦) على المقاييس المستخدمة وعلى درجات العمر والتعليم وعدد السجاير التي يدخنها الشخص كل يوم . وأسفرت التحليلات عن استخلاص المؤشرات التالية :

١ ـ المتوسطات والإنحرافات المعيارية لكل مقياس .

٢ ـ مصفوفة إرتباطات بيرسون بين المتغيرات المشار إليها .

٣ ـ مصفوفة عوامل الدرجة الأولى ومعها الجذر الكامن والنسبة المئوية للتباين وقيم الشيوع وذلك قبل التدوير (بطريقة المكونات الأساسية لهوتيلنج) .

٤ ـ مصفوفة عوامل الدرجة الأولى بعد التدوير (بالفاريماكس) ومعها أيضاً الجذر الكامن (لكل عامل) والنسب المئوية للتباين وقيم الشيوع .

وسوف نعرض الجداول التالية لتلك المؤشرات ، يلي ذلك تعليق على العوامل المستخلصة والدلالات النفسية التي يمكن أن نخلعها على كل عامل منها :

وتشير قيم المتوسطات والإنحرافات المعيارية في الجدول رقم (٥٢) إلى أن التوزيع يميل إلى أن يكون اعتدالياً ، وهو ما يجعلنا نمضي في إجراء باقي الحسابات دون خوف من وجود التواء أو تفلطح في التوزيع . ويعرض الجدول التالي الإرتباطات بين المتغيرات التسعة عشرة .

جدول رقم (٥٢)
بيانات المتوسطات والإنحرافات المعيارية
للمجموعة الكلية من متعاطي المخدرات
والكحوليات (ن = ٢٢٦)

م المتغير	المتوسط	الإنحراف المعياري
١ رسم الخطوط	٢١,٥٩	٧,٣٤
٢ رسم النقاط	٢٤,٠٤	٦,٨٥
٣ ذاكرة أمامية	٤,١٠	٢,١٠
٤ ذاكرة عكسية	٢,٧٨	١,١٨
٥ ذاكرة كلية	٦,٧٩	٢,٤٠
٦ بندر جشطلت ـ نسخ	١٦,٦٥	٤,٤١
٧ بندر جشطلت ـ تذكر	٨,٩٢	٤,٥٥
٨ الكذب	١٢,١٥	٣,٦٩
٩ العصابية	١٣,٦٠	٤,٢٦
١٠ الإنبساط	١١,٥٥	٤,٢٥
١١ الذهانية	٢,٢٦	١,٢٧
١٢ الإجرام	٤,٦٨	٢,٨١
١٣ القابلية للإيحاء	١٤,٦٩	٤,٣٠
١٤ الأطوال ـ صواب	٦,٥٠	٢,٩٥
١٥ الأطوال ـ تقصير	٨,٩٧	٣,٦٤
١٦ الأطوال ـ تطويل	٤,٤٥	٢,٣٦
١٧ العمر	٣٠,٢١	٦,٩٦
١٨ مستوى التعليم	٤,٤١	١,١٤
١٩ عدد السجاير	٣٣,٨٨	١٩,٠٠

جدول رقم (٥٣) معاملات الارتباط بين مقاييس البحث

	المتغيرات	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩
١	رسم الخطوط	١																		
٢	رسم النقاط	٥٨	١																	
٣	ذاكرة امامية	٢٠	١٨	١																
٤	ذاكرة عكسية	١٤	٠٠	٦٩	١															
٥	ذاكرة كلية	٢٢	١٦	٩٢	٨٦	١														
٦	بندر جشطلت - نسخ	١٤	١٤	٠٨	١١	١٨	١													
٧	بندر جشطلت - تذكر	٣٣	٣٠	٢٩	٢٠	٣١	٦٣	١												
٨	الكذب	٠٧	١٠	-٠٧	-٠٧	٠٠	٠١	٠٣	١											
٩	العصابية	٠٤	٠٠	١١	١١	٠٥	-٠٥	-٠٢	-٣١	١										
١٠	الانبساط	١٧	٣٦	٢٠	١٠	٢٢	٢٠	١٧	-٠٤	-١٣	١									
١١	الذهانية	-١٦	-٢١	-٦	-٠٧	-٠٥	٠٨	-١٥	-٢٠	٠١	-٠٩	١								
١٢	الاجرام	-١٣	-١٦	-٠٢	٠٤	-٠١	-٠١	-١٨	-٥٤	١٩	٠٠	٥٦	١							
١٣	القابلية للايحاء	٠٥	-٠٢	١٤	١١	١٣	٠٤	٠٦	-٠٩	٣٩	١٧	١٩	٢٨	١						
١٤	الاطوال - صواب	٠٨	١٥	-٠٦	-١١	-٠٦	١٦	٢٥	-٠٧	-١٤	٠٠	-٠٧	-٠٤	-٠٩	١					
١٥	الاطوال - تقصير	٠٣	٠٣	٠٨	١٠	٠٩	٠٤	-٠٨	١٦	-٠٩	-٠٦	٥٩	-١٦	-٠٢	-٧٤	١				
١٦	الاطوال - تطويل	-١٣	-٧٣	-٠٥	-٠١	-٠٧	-١١	-١٧	١٠	١٨	-٠٩	٣٣	٣٧	١٦	-١٠	-٥٧	١			
١٧	العمر	-٠٩	-١٨	-٠٦	-٠٧	-٠٨	٠١	-٠٨	٠٧	-٠٨	-٠٤	٠٣	-٠٦	-١٤	٠٢	٠٣	-٠١	١		
١٨	مستوى التعليم	٣١	٣٠	١٨	١١	٢٠	٢٧	٢٥	٠١	-٠٦	٣٧	-١١	-١٤	٠٣	٩	٠٠	-١٥	-٠٥	١	
١٩	عدد السجاير	-٠٣	-١٠	١٤	٠٨	٩٠	-١٤	-١٧	-٢	١٨	٠٦	٠٤	٩٣	١١	-٠٩	-٠٦	١٦	١٠	٠٣	١

* حذفت العلامة العشرية

تعليق

وكما هو واضح في الجدول رقم (٥٣) فإن الإرتباطات بين متغيرات الدراسة متخلخلة سواء من حيث التفاعل أو من حيث الإتجاه ، وإن كان من الواضح بشكل عام أن هناك منطقاً لحجم واتجاه العلاقات الإرتباطية ، فمثلاً نلاحظ الترابط بين درجات السلوك المعرفي خاصة الذاكرة ، وكذلك بين درجات السلوك الحركي .

كما أنه من الملاحظ أن متغيرات الشخصية خاصة العصابية والقابلية للإيحاء يجمع بينها نوع من الترابط الإيجابي وهذا أمر متوقع وقد سبق الكشف عنه .

كذلك فإن هناك ارتباطاً إيجابياً ودالاً بين درجة الذهانية ودرجة السلوك الإجرامي (الميل السيكوباتي) وهذا أيضاً أمر متوقع (Eysenck,1975) .

وقد يكون من الملائم النظر في المصفوفة العاملية التي قد نكتشف من خلالها اختزالاً وتصنيفاً أفضل لتلك الإرتباطات المتناثرة .

الجدول رقم (٥٤) مصفوفة العوامل
لمجموعة المتعاطين الكلية ن = ٢٢٦

العوامل / المتغيرات	١ عامل عام للذكاء النفسي	٢ عامل الخلل النفسي	٣ عامل الادراك	٤ عامل غير محدد	٥ عامل غير محدد	٦ عامل الإدراك البصري	٧ عامل مهمل	قيم الشيوع
١ رسم الخطوة	٤١٧	—	—	—	٣٦٩	—	—	٣٧٩
٢ رسم النقاط	٤١٩	—	—	—	٣٧٧	—	—	٤٨٤
٣ ذاكرة أمامية	٨٠٢	٢١٨	—	—	—	—	—	٩٠٠
٤ ذاكرة عكسية	٨٩٥	٢٩٥	—	—	—	—	—	٨٤٢
٥ ذاكرة كلية	٨٧٢	١٦٣	—	—	—	—	—	٩٠٢
٦ بندر جشطلت ـ نسخ	٣٥٨	—	٣٢٣	٣٢٤	-٣٥٨	٢٧٦	—	٥٣٦
٧ بندر جشطلت ـ تذكر	٥٢٧	—	٣٩٠	—	—	—	—	٥٦٧
٨ الكذب	—	-٤٩٣	—	-٤٣	—	—	—	٤٣٦
٩ العصابية	—	٣٨٥	—	—	—	—	-٤٠٣	٤٠١
١٠ الإنبساط	٣٢٣	—	—	—	—	—	—	٢٧٢
١١ الإجرام	—	١٢٨	—	٣٠٠	—	—	—	٥٧٠
١٣ القابلية للإيحاء	—	٣٩٧	—	—	—	—	—	٣١٧
١٤ الأطوال ـ صواب	—	—	٨٦٦	—	—	-٣٨٢	—	٦١
١٥ الأطوال ـ تقصير	—	-٤١٢	-٨٠٢	٣٤٥	—	—	—	٩٧٣
١٦ الأطوال ـ تطويل	—	٦٢٥	—	—	—	٥٤٨	—	٩٤٢
١٧ العمر	-٣٢٣	—	—	—	—	—	—	١٨٤
١٨ مستوى التعليم	٣٧٢	—	—	—	—	—	—	٢٥٤
١٩ عدد السجاير		—	—	—	—	—	—	١٦٨
الجذر الكامن	٣,٤٦	٢,٦٣	٢,١٢	١,٥٣	١,٣٩	١,١٥	١,٠٥	
النسبة المئوية للتباين	١٨,٢٠	١٤,١٠	١١,٢٠	٨,١٠	٧,٣٠	٦,١٠	٥,٦٠	

(*) حذفت العلامة العشرية

تعليق على نتائج التحليل العاملي من الدرجة الأولى قبل التدوير (نمطية متعاطي المخدرات والكحوليات)

أفرزت عملية التحليل العاملي سبعة عوامل جذرها الكامن جميعاً واحد صحيح على الأقل ، ولما كان محك القبول المتعارف عليه أن لا يقل أي تشبع مقبول عن ٣ر٠ للمتغير وبما لايقل عن متغيرين اثنين لكل عامل فإنه سيكون أمامنا ستة عوامل مقبولة فقط ، وفيما يلي استعراض لخصائص كل منها :

العامل الأول (عامل الكفاءة النفسية حركية وذهنية)

تشبعت على هذا العامل ثمانية متغيرات سيكولوجية تشبعاً إيجابياً مع متغير العمر (تشبع سلبي) مع متغير التعليم (تشبع إيجابي) . والمتغيرات السيكولوجية المشبعة عليه هي متغيرات السلوك الحركي والذاكرة وبندر جشطلت والإنبساط ، وأكبر تشبعات عليه جاءت لمتغيرات الذاكرة الرقمية ومتغير التذكر من بندر جشطلت بالإضافة إلى التعليم .

وقد استوعب هذا العامل أكبر نسبة من التباين الإرتباطي ١٨٢٪ ويكاد يكون هو العامل الرئيسي . ومن الواضح أنه عامل للكفاءة النفسية (الحركية والذهنية) مع زيادة درجة الإستثارة والإنبساطية .

وهذا العامل لا يوحي بخصائص معينة للمتعاطين بقدر ما يكشف عن طبيعة العلاقات بين متغيرات الدراسة لدى تلك المجموعة وهو ما يجعل من الصعب القول بأن هذه الترابطات العاملية خاصة فقط بمجموعة المتعاطين ، بل أنه منطق العلاقات النفسية بين الأداء على مقاييس الدراسة .

العامل الثاني (عامل الخلل النفسي)

معظم تشبعات هذا العامل إيجابية وهو خاص بمقاييس الذاكرة الرقمية (وكسلر) ، وبمقاييس الشخصية (آيزنك) الكذب والعصابية والذهانية والإجرام والإيحاء (منيسوتا) وأخطاء الإدراك (التطويل والتقصير عند مقارنة الخطوط) ، ولم توجد تشبعات للعمر أو التعليم أو التدخين على هذا العامل .

وأعلى تشبع على هذا العامل جاء لمتغير الذهانية ثم متغير الإدراك للأطوال. وقد استوعب العامل١ر١٤٪ من التباين الإرتباطي ومن الممكن القول بأن هذا العامل يشير إلى عوامل الإضطراب التي تميز سلوك المتعاطين (فيما عدا الزملة الإرتباطية لمقاييس الذاكرة) .

وعلى ذلك فإن النمط السلوكي للمتعاطي يمكن إختزاله في القول أنه أميل إلى العصابية والذهانية والإجرام (السلوك السيكوباتي) والقابلية للإيحاء والإستثارة والوقوع في أخطاء الإدراك . وهذه الزملة الترابطية هي زملة منطقية وتتسق مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة في مجال تعاطي المخدرات .

العامل الثالث (عامل الإدراك)

هو عامل للإدراك وقد تشبعت عليه أربعة مقاييس أقواها هو مقياس مقارنة الأطوال حيث جاء أعلى تشبع على العامل من أحد مقاييسه الفرعية وقد استوعب العامل ٢ر١١٪ من التباين الإرتباطي وهو عامل سيكوميتري بأكثر من عامل لتصنيف سلوك المتعاطين للمخدرات والكحوليات .

العامل الرابع (غير محدد)

هو عامل غير واضح الهوية تشبعت عليه أربعة مقاييس أحدها إدراكي بندر جشطلت (إدراك ونسخ) ثم الكذب (سلبي) والإجرام وأخطاء إدراك الطول (تقصير) وهو عامل خاص باختلال الإدراك والميل الإجرامي .

العامل الخامس (عامل غير محدد)

عامل غير محدد أيضاً إلا من حيث أنه عامل للسلوك الحركي وقد تشبعت عليه ثلاثة مقاييس (١ ، ٢ سلوك حركي) ومقياس (٦) بندر جشطلت - نسخ (سلبي) ، وعلى هذا فلا نملك إلا أن نعبره إلى العامل السادس .

العامل السادس (عامل الإدراك البصري)

تشبعت على هذا العامل ثلاثة مقاييس اثنان إيجابيان (بندر جشطلت

نسخ) وأخطاء الإدراك تطويل وواحد سلبي وهو خاص بصواب إدراك الأطوال .

ومن الواضح أن هذا العامل عامل سيكوميتري أيضاً خاص بالإدراك البصري .

بهذا نكون قد استعرضنا نتائج التحليل العاملي من الدرجة الأولى قبل التدوير والعوامل المشار إليها هي عوامل خام ولذلك فقد يكون من المناسب إجراء تدوير لعوامل الدرجة الأولى للكشف عن المزيد من الوضوح لهوية تلك العوامل ، وهذه ما تقدمه مصفوفة العوامل التي يعرضها الجدول رقم(٥٥) .

عرض وتعليق على عوامل الدرجة الأولى بعد التدوير المتعامد (فاريماكس)

بعد تدوير المحاور تدويراً متعامداً تم إفراز سبعة عوامل مقبولة وفقاً للمعايير التي سبقت الإشارة إليها منها عاملان لم يستحوذ كل منهما إلا على تشبعين اثنين فقط ، كما أن الجذر الكامن تغير حجمه بالنسبة لثلاثة عوامل حيث لم يصل إلى الواحد الصحيح إلا على أربعة عوامل فقط ، مع ذلك فسوف نلقي نظرة سريعة على تلك العوامل كلها لنرى نوع التبلور الجديد الذي تم بعد عملية التدوير .

العامل الأول: عامل الذاكرة

تشبعت على هذا العامل ثلاثة متغيرات هي ٣ ، ٤ ، ٥ وجميعها تخص اختبار ذاكرة الأرقام ، وعلى هذا فإن العامل عامل سيكوميتري وليس عاملاً سلوك المتعاطين . إلا إذا اعتبرنا أن درجات الذاكرة مترابطة عند هؤلاء الأفراد في مستوى معين من الأداء وبعلاقات لها شكل ثابت بين أفراد الدراسة .

العامل الثاني: عامل إدراك الأطوال

هو عامل خاص بإدراك الأطوال وهو يختص بأحد مقاييس الدراسة وليس

الجدول رقم (٥٥)
مصفوفة العوامل بعد التدوير المتعامد (فاريماكس)
لمجموعة المتعاطين الكلية ن = ٢٢٦

العوامل / المتغيرات	١ عامل الذاكرة الأطوال	٢ عامل إدراك الحركي الإنبساطي	٣ عامل السلوك (أو الإنحراف الوجداني	٤ عامل المرضية وغير محدد للإدراك	٥ عامل ضعيف للإدراك	٦ عامل ضعيف	٧ عامل العصابية	قيم الشيوع
١ رسم الخطوط	—	—	٦١٥	—	—	—	—	٤١٨
٢ رسم النقاط	—	—	٧٠٧	—	—	—	—	٥٤٩
٣ ذاكر أمامية	٨٨٩	—	—	—	—	—	—	٨٥٤
٤ ذاكرة عكسية	٨٦٣	—	—	—	—	—	—	٧٨٤
٥ ذاكرة كلية	٩٦٠	—	—	—	—	—	—	٩٢٧
٦ بندر جشطلت ـ نسخ	—	—	—	—	٧٤٣	—	—	٦٠٣
٧ بندر جشطلت ـ تذكر	—	—	—	—	٦٩١	—	—	٦٣٠
٨ الكذب	—	—	—	٤٤٦	—	—	٤٧٤-	٤٤٢
٩ العصابية	—	—	—	—	—	—	٦٨٨	٤٨٥
١٠ الإنبساط	—	—	٤١٤	—	—	—	—	٢١٥
١١ الذهانية	—	—	—	٦٦٨	—	—	—	٤٧٨
١٢ الإجرام	—	—	—	٧٥٨	—	—	—	٦٦٧
١٣ القابلية للإيحاء	—	—	—	—	—	—	٤٤٩	٢٩٧
١٤ الأطوال ـ صواب	—	٩٥٢	—	—	—	—	—	٩٦٣
١٥ الأطوال ـ تقصير	—	٨٢٩-	—	—	—	٥١٠-	—	٩٨٣
١٦ الأطوال ـ تطويل	—	—	—	—	—	٩١٧	—	١٤٠
١٧ العمر	—	—	—	—	—	—	—	١٥٧
١٨ مستوى التعليم	—	—	٤٤١	—	—	—	—	٢٤٩
١٩ عدد السجاير	—	—	—	—	—	—	—	١٠٩
الجذر الكامن	٢,١٧	٢,٢٧	١,٩٥	١,١٦	٠,٨٦	٧,٢٩	٠,٤٥	
النسبة المئوية	٢٩,٦٠	٢١,٢٠	١٨,٣٠	١٠,٩٠	٨,٠٠	٦,٨٠	٥,١٠	

له أيضاً توجه نحو سلوك المتعاطين .

العامل الثالث: عامل السلوك الحركي الإنبساطي

هو عامل خاص بالسلوك الحركي مع الإنبساط بمعنى أن كفاءة الأداء النفسي الحركي يترابط مع الإنبساط ، وهذا أمر أيضاً يخص الجانب السيكوميتري من الدراسة ويضفي درجة من الصدق على طبيعة المقاييس المستخدمة .

العامل الرابع: عامل الإنحراف الوجداني (أو الشخصية المرضية)

عامل خاص بالشخصية ، وقد تشبعت عليه ثلاثة عوامل هي الكذب (الجاذبية) سلبي والذهانية والإجرام والعامل بهذا الشكل عامل للسلوك المرضي حيث أن المقاييس الثلاثة تشير فعلاً إلى أن الشخص (من خلال إعترافاته) لديه ميول عدوانية وإنحرافية ، وعدم الميل للإنخراط في السلوك الإجتماعي المقبول .

وهو عامل أيضاً أقرب لأن يكون عامل تصنيف سيكوميتري لمتغيرات الدراسة .

العامل الخامس: عامل إدراك وتذكر الأشكال

عامل إدراكي يخص مقياس بندر جشطلت وليس عليه إلا تشبعان يخصان الأداء على هذا المقياس وهما إيجابيان وطبيعة العامل طبيعة سيكوميترية أيضاً .

العامل السادس: عامل ضعيف الإدراك

عامل إدراكي أيضاً عليه تشبعان اثنان فقط ١٥ ، ١٦ لتقدير الأطوال ، وإتجاه التشبعات على هذا العامل (وجذره الكامن أقل من واحد صحيح) يجعل من الصعب منحه إسماً أو إضفاء هوية نفسية دقيقة عليه .

العامل السابع: عامل العصابية

وهو عامل للشخصية وقد تشبعت عليه ثلاثة مقاييس هي ٨ الكذب (أو

الجاذبية) سلبي و٩ العصابية و١٣ القابلية للإيحاء وهو أيضاً عامل تصنيف سيكوميتري .

تعليق أخير على نتائج التحليل العاملي

نكون بهذا الشكل قد انتهينا من استعراض نتائج التحليل العاملي ، ويمكننا القول أن هذا التحليل الأخير (بعد التدوير) وإن كان قد قدم إلينا العوامل في صورة أقرب ما تكون إلى النقاء السيكوميتري ، فإن التحليل من الدرجة الأولى قبل التدوير قد قدم إليها صورة واقعية لطبيعة سلوك المتعاطين (على الأقل في العامل الثاني) . كما يتحدد من خلال التمحور والتلازم بين أنواع معينة من التشبعات الخاصة بنفس العامل على متغيرات سلوكية معينة .

وقد اتضح لنا أن العامل الثاني كما كشف عنه التحليل العاملي من الدرجة الأولى قبل التدوير هو عامل عدم التوافق أو التوافق السيء للمتعاطي كما يبرز في أنماط سلوكه التي تحددت معالمها من خلال الأداء على مقاييس الدراسة .

الفصل الثالث عشر

خاتمة

بعد استعراضنا لنتائج الدراسة يمكن الوقوف على النقاط التالية :

أولاً : بيانات سلوك التعاطي (الإستبار)

١ ـ اتضح أن سلوك المخدرات والكحوليات سلوك متعلم ، وأن النمذجة Modeling هي الأسلوب الأكثر انتشاراً للإنخراط في التعاطي .

٢ ـ اتضح أيضاً أن معظم المتعاطين للمخدرات والكحوليات ينتمون إلى عائلات يشيع بين أفرادها (أو بعضهم) سلوك تعاطي المخدرات والكحوليات .

٣ ـ اتضح كذلك أن الحصول على المخدرات والكحوليات يتم بتسهيلات من الأصدقاء والأقارب .

٤ ـ اتضح أن هناك نسبة كبيرة من المتعاطين بدأت التعاطي قبل سن العشرين ، واستمرت في التعاطي (مع توقف للبعض وعودته مرة أخرى إلى التعاطي) .

٥ ـ يشير المتعاطون (بنسبة أكثر من غير المتعاطين) إلى أنهم تحدث لهم أحداث ومشكلات بسبب التعاطي وتتسق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كثيرة سابقة . (Gossop, 1978. Adlaf and Smart, 1983)

٦ ـ بمقارنة إجابات أفراد المجموعات (الضابطة ـ الكحوليات والحشيش) اتضح أن المجموعة الضابطة تقر بانتشار تعاطي المخدرات والكحوليات بأكثر مما يعترف بذلك أفراد المجموعتين الأخريين .

٧ ـ أما عن أساليب المكافحة فقد تباينت الإتجاهات ما بين عقاب المتعاطي

(ضابطة) وعقاب التجار وقد حظيت العبادة بمنزلة متقدمة في إجابات جميع الفئات .

ومجمل القول في هذه النتائج أن الواقع الإجتماعي يلعب دوراً بارزاً في تنشئة سلوك التعاطي وتعزيزه ، وأن المجتمع بأنماطه السلوكية المختلفة (وخاصة أفراد الجماعات الصغيرة) مسؤول مسؤولية مباشرة عن انخراط الفرد (المستجد) في سلوك التعاطي وهو قادر أيضاً من وجهة نظر المتعاطين وغير المتعاطين على كبح جماح تلك العادة وتلتقي هذه النتائج مع نتائج كثير من الدراسات العربية والغربية (هيئة بحث تعاطي الحشيش ١٩٦٠ ، ١٩٦٤ ، حنورة ١٩٨٦ ، Valdman and Zvarta, 1982; Soueif, et al, 1988; Waal and Holstein, 1980; Soueif et al, 1980.) .

ثانياً : الفروق بين متعاطي المخدرات والكحوليات وغير المتعاطين .

بمقارنة نتائج التحليلات الإحصائية الخاصة بالفروق بين أداء المجموعات على المقاييس المختلفة اتضح ما يلي :

١ ـ أن متعاطي الكحوليات هم أكثر الفئات ضعفاً في الأداء على المقاييس المعرفية والحركية ، كما أنهم أكثر الفئات ميلاً للإضطراب النفسي الذي تقيسه مقاييس الشخصية .

وتتسق هذه النتيجة مع نتائج دراسات أخرى أشارت إلى أن الضرر الذي يحدث نتيجة تعاطي الكحوليات هو خطر مؤكد ويمتد إلى التأثير على خلايا المخ ، وهو الأمر الذي يظهر أثره في الوظائف المعرفية والحركية (Woods, 1986 P. 54; Valdman, 1986 P. 341) .

أما متعاطي الحشيش فإنه وإن كان كما أبرزت الدراسة أفضل أداء على المقاييس المستخدمة (من ناحية الصحة النفسية) من متعاطي الكحوليات إلا أن أداءه أسوأ (وبشكل دال) من أداء غير المتعاطين (المجموعة الضابطة) .

ويبدو أن عادة تعاطي الحشيش ليست كعادة تعاطي الكحوليات ، فمتعاطي الحشيش يتعاطاه مرة كل أسبوع أو كل شهر مثلاً ، ولكن متعاطي

الخمور يتعاطاها يومياً وربما عدة مرات في اليوم ، وعلى ذلك فمن الضروري التنبيه إلى أن معدل حجم المادة المؤثرة الداخلة إلى جسم الإنسان من خلال تعاطي الحشيش هي أقل بطبيعة الحال من تلك التي تدخل بسبب تعاطي الخمور .

ولذلك فإن الأمر بحاجة إلى مزيد من التأكيد من خلال إجراء دراسات تصمم خصيصاً لمثل هذا الهدف .

٢ ـ أما عن تعاطي الأنواع الأخرى من المخدرات فقد وجدنا صعوبة في الحصول على عينات كبيرة نقية تتعاطى مخدراً واحداً من المخدرات المختلفة ، وقد حصلنا على أعداد من الأفراد يتعاطون هذه الأنواع من المخدرات بالإضافة إلى الخمور والحشيش وقد اتضح أن معظم الذين يتعاطون مخدرات متعددة أميل لأن يكون أداؤهم مماثلاً تقريباً لأداء متعاطي الحشيش ، ومن ثم فإنه من الممكن افتراض أن هؤلاء الأفراد هم متعاطون أساساً للحشيش وحين لا يجدونه يلجأون إلى تعاطي مثل تلك المواد المخدرة ، أو أنهم يتعاطونها على سبيل التجربة ومعايشة نوع جديد من الخبرة . (هيئة بحث تعاطي الحشيش ، ١٩٦٠ ، ١٩٦٤ ، Soueif et al, 1980; Adalf and Smart, 1983) .

٣ ـ اتضح أن المتعاطين من ناحية خصائص الشخصية أكثر ميلاً للإضطراب النفسي كما أنهم أكثر قابلية للإيحاء ، وهم كذلك أكثر ميلاً للإنخراط في السلوك الإجرامي .

وإذا ما أدركنا من البداية أن تعاطي المخدرات والكحوليات هو سلوك منحرف عن المعايير السائدة وعن السواء (نفسياً وبيولوجياً) وأنه يؤدي إلى التأثير على الجهاز العصبي (ومن ثم على السلوك معرفياً كان أو وجدانياً) فلنا أن نستنتج أن متعاطي المخدرات والكحوليات بشكل اعتيادي أصبح شخصاً غير سوي. والسؤال هو : هل هذا الشخص كان غير سوي مما أدى به إلى تعاطي المخدرات والكحوليات أم أن تعاطي المخدرات والكحوليات هو الذي أدى به إلى أن أصبح شخصاً غير سوي . . ؟

ليس من نتائج الدراسة الحالية ما يجيب على هذا السؤال إجابة مباشرة ، ولكن من الممكن استنتاج وجود نوع من التفاعل بين الإستعداد الشخصي وسلوك التعاطي وما يتداعى بعد ذلك من متغيرات ، وإن كان من الممكن الإنحياز أكثر إلى أن تعاطي المخدرات والكحوليات إذا ما حدث فإنه يؤدي إلى سلسلة من التغيرات في الجهاز العصبي تعجل بظهور أنماط إنحرافية من السلوك عند الإنسان ، وهذا ما تأكد من خلال الدراسات المتعددة ،
(Valdman, 1986; DeRenziet et al, 1984; Soueif et al, 1980, 1988)

ثالثاً : الأبعاد العاملية للسلوك

كشفت التحليلات الخاصة بالإرتباطات والتحليلات العاملية عن وجود زملات Syndromes تنتظم من خلالها أنماط سلوكية معينة لدى متعاطي المخدرات والكحوليات ومن أبرز الزملات التي كشف عنها التحليل العاملي أن المتعاطي أميل إلى أن يكون شخصاً مضطرباً من الناحية الإنفعالية ولديه نزعة إجرامية وميال للإستثارة وقابل للإيحاء كما أن الذاكرة الرقمية لديه ذات تشبعات متسقة في اتجاه الضعف في علاقتها بهذا العامل الذي يميل لأن يكون عاملاً للإضطراب النفسي .

وخلاصة القول في سلوكيات هذا الشخص أنه أكثر ميلاً للإضطراب في جوانب سلوكه المختلفة التي تظهر في أدائه على المقاييس التي استخدمتها الدراسة .

رابعاً : وماذا بعد استعراض نتائج الدراسة ومناقشتها ماذا نفعل ؟

لقد اتضح مما سبق أن هناك ضرراً مؤكداً يصيب المتعاطي (إذا ما أقررنا من خلال المقارنة بين المتعاطين وغير المتعاطين أن التعاطي يرتبط بالتدهور في الكفاءة النفسية ، معتمدين في هذا الإستنتاج على نتائج الدراسات العلمية المتعددة التي أشرنا إلى بعضها) . وأن الخمور (من خلال نتائج الدراسة الحالية) هي أكثر أشكال التعاطي إضراراً عن مثيلاتها ، على الأقل في حدود العينة التي درسناها وأن الحشيش هو النمط الثاني من حيث الأضرار المرتبطة به .

ولا بد من الوقوف بحسم أمام ظاهرة انتشار التعاطي كوباء ، ولا بد من تنشئة جهاز مناعة سيكولوجي فردي لدى كل فرد يكون نابعاً من ضميره وخلقه واقتناعه الذاتي ، مع تدعيم هذا الضمير الذاتي بمدعمات خارجية كلما كان ذلك متاحاً وملائماً وفعالاً ، فالأسرة هي النموذج الأول الذي يتلقى عنه الطفل كل أنماط ونماذج سلوكه ، كما أن الأقران هم النماذج اليومية التي تهيء للشخص المناخ النفسي والإجتماعي الذي ينمو فيه سلوكه اليومي ويتدعم (وهؤلاء عادة هم رفاق الدراسة أو العمل) .

وعلينا أن نوجه الجهد والإهتمام إلى تلك الأجواء النفسية والإجتماعية التي ينشأ وينمو فيها الفرد بحيث تقوده وتشجعه على السلوك الصحي بدلاً من أن تهيء وتحسن له السلوك الإنحرافي .

ومن الإجابات اللافتة للإهتمام الإشارة إلى الإهتمام بالعبادة كأسلوب يقي من الإنخراط في سلوك التعاطي ، وهو أمر يجب أن يوجه إليه الإهتمام ، ففي ظروف غياب المعايير الخلقية والدينية ، يمكن أن يجد الفرد نفسه فريسة للأوهام والأضاليل .

نقطة أخرى جديرة بالإهتمام والرعاية وهي تهيئة المناخ الإجتماعي المناسب لكي يقوم الشخص بممارسة الأنشطة التي تمتص طاقته وتستوعب وقت فراغه ، وذلك طبعاً بعد القيام بواجباته الأساسية ، ولا يمكن أن يتم ذلك طبعاً دون قيادة وترشيد وتوجيه المسؤولين عن رعاية وتوجيه سلوك الفرد ، سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل أو حتى في الشارع أو على مستوى التوجيه الإعلامي والديني . . . الخ .

إن الفرد ضعيف بنفسه قوي بغيره (من الأقوياء طبعاً) فإذا ما كان هذا الغير ضعيفاً أو منحرفاً تدعم سلوك الضعف والإنحراف ، وعلينا أن نقاوم مثل هذا السلوك في المجتمع حتى نهيء المناخ للفرد لكي ينمو في مناخ صحي فيكون أكثر أداء وأكثر إبداعاً .

ملاحق الدراسة

١ ـ أدوات الـدراسة المصريـة لإتجاه طـلاب الجامعـة نحـو المخدرات

٢ ـ بيانات ثبات استبار الدراسة الحالية

الملحق الأول

أدوات دراسة مشكلة تعاطي المخدرات
بين طلاب الجامعة في مصر (حنورة، ١٩٨٦)

بيانات هذه الإستمارة سرية وهدفها البحث العلمي فقط ولا داعي لكتابة بيانات تدل على شخصيتك ـ ورجاء مراعاة الدقة والصراحة .

السن: النوع: ذكر/أنثى

الكلية: التخصص الديانة:

السنة الدراسية الجنسية:

الجزء الأول

فيما يلي عدد من الأساليب المقترحة لمكافحة تعاطي المخدرات ، والمطلوب منك تقدير كل أسلوب بدرجة : تتراوح بين (صفر/٩) والصفر يعني عدم فاعلية الأسلوب والتسعة تعني نجاحها تماماً كأسلوب للمكافحة وما بينهما درجات متفاوتة من كفاءة الأسلوب:

الدرجة

١ ـ تدريس أضرار المخدرات كمقرر أو جزء من مقرر بالمدارس والمعاهد والجامعات ( )

٢ ـ إقامة أسبوع أو أسابيع توعية على المستوى الشعبي للتبصير بأضرار المخدرات ( )

٣ ـ يجب أن تتخذ الجامعة اجراءات صارمة مع الطلاب المتعاطين ( )

٤ ـ كتابة ارشادات تحذر من تعاطي المخدرات على أغلفة الكتب الدراسية والكراسات ( )

٥ ـ ترتيب زيارات للمدارس والجامعات لمصحات علاج المدنين ( )

٦ ـ عمل أفلام روائية وتسجيلية عن أضرار المخدرات وعرضها باستمرار بوسائل الإعلام المختلفة ( )

٧ ـ منع التدخين في أماكن العمل وأثناء ساعاته الرسمية وخاصة المدارس والجامعات ( )

٨ ـ إيجاد أماكن وأنشطة بريئة وميسورة لقضاء وقت الفراغ ( )

٩ ـ الرقابة من قبل الآباء على علاقة الأبناء بزملائهم المتعاطين للمخدرات ( )

١٠ ـ امتناع الآباء وأقاربهم عن التعاطي أمام الأبناء ( )

١١ ـ تشجيع الطلاب على الاشتراك في فرق رياضية وأنشطة علمية وثقافية لشغل أوقات فراغهم ( )

١٢ ـ تنشيط وترسيخ القيم الإيجابية لدى التلاميذ والطلاب والشباب عموماً كإطار واقي في الإنحراف ( )

١٣ ـ تبسيط نتائج البحوث العلمية الخاصة بأضرار المخدرات وشرحها على أوسع نطاق ( )

١٤ ـ تعميم مراكز التوجيه النفسي والاجتماعي في كل مكان لحل مشكلات الشباب ( )

١٥ ـ فرض مزيد من الرقابة على الصيدليات والمستشفيات لمنع صرف الأدوية المخدرة ( )

١٦ ـ اغلاق أو الحد من وجود أماكن لتجارة البيرة والخمور ( )

١٧ ـ إعدام تجار المخدرات أو سجنهم مدى الحياة ( )

١٨ ـ علاج المتعاطين مجاناً ( )

١٩ ـ تكثيف نشاط رجال الأمن لضبط التجار والمتعاطين ( )

٢٠ ـ تقديم نماذج من المتعاطين شديدي التعاطي في أجهزة الإعلام كأمثلة حية لأضرار المخدرات ( )

٢١ ـ إعداد وتقديم برامج اعلامية دورية عن المخدرات وأضرارها ( )

٢٢ ـ إحكام السيطرة على زراعة المخدرات في مصر ( )

٢٣ ـ منح مكافآت وحوافز تشجيعية لشرطة مكافحة المخدرات لحفزهم على بذل المزييد من أجهد لمقاومة الإتجار والتعاطي في المخدرات ( )

الجزء الثاني

فيما يلي عدد من اتجاهات بعض الناس وآرائهم نحو تعاطي المخدرات والمطلوب منك إبداء وجهة نظرك الشخصية في هذه الإتجاهات والآراء . وذلك بوضع درجة تتراوح بين صفر ، ٩ أمام كل رأي ، الصفر يعني عدم صدق العبارة اطلاقاً من وجهة نظرك ، (٩) تشير إلى أنك تعتقد تماماً في صدق العبارة .

تأثير المخدرات بأنواعها (الحشيش والأفيون ـ الحبوب ـ الكبسولات):

١ ـ أعتقد أن للحشيش تأثيراً ضاراً على الصحة النفسية والبدنية عند الإنسان ( )

٢ ـ أعتقد أن للحبوب المخدرة (منشطة أو مخدرة ـ مهدئة منومة) تأثيراً سيئاً على الإنسان ( )

٣ ـ أعتقد أن للكحوليات والبيرة والخمور تأثيراً ضاراً على صحة الإنسان النفسية والبدنية ( )

٤ ـ أصبح تعاطي المخدرات ظاهرة شائعة بين طلاب الجامعة ( )

٥ ـ أعتقد أن الطلاب المتعاطين يضرون بمستقبلهم ( )

٦ ـ تعاطي المخدرات يساعد الأفراد على الهروب من مشكلاتهم وهمومهم ( )

٧ ـ تعاطي المخدرات يساعد على تنشيط العقل وتوسيع الخيال ( )

٨ ـ لا يهمني أن أتزوج شخصاً يتعاطى المخدرات ( )

٩ ـ تعاطي الرجل للمخدرات يزيد من كفائته في السلوك الجنسي ( )

١٠ ـ تعاطي المرأة للمخدرات يزيد من كفائتها في السلوك الجنسي ( )

١١ ـ أؤمن بأن تعاطي المخدرات محرم في الشرائع السماوية ( )

١٢ ـ يؤدي تعاطي المخدرات إلى تدمير الحياة الأسرية ( )

١٣ ـ تعاطي المخدرات يساعد على ارتكاب الجريمة ( )

١٤ ـ تعاطي المخدرات يصرف الإنسان عن تحمل المسؤولية ( )

١٥ ـ يؤدي تعاطي المخدرات إلى سوء الخلق ( )

١٦ ـ المتعاطون للمخدرات يظهر عليهم التعب والإجهاد بسرعة ( )

ملحق رقم | ٢ |

استبار الدراسة الحالية

أولاً استمارة الاستبار المستخدمة في دراسة تعاطي المخدرات والكحوليات على عينة كويتية (وقرين كل سؤال درجة ثباته بطريقة إعادة التطبيق)

عينة الثبات = ٢٠٠ مفحوص منهم مائة من المتعاطين ومائة من غير المتعاطين

	النسبة المئوية للأفراد ٪
الرقم:	
مستوى التعليم: أمي/يقرأ ويكتب/ابتدائي متوسط/ثانوي/عالي	(١٠٠)
السن :	(١٠٠)
الجنسية :	(١٠٠)
النوع : ذكر/أنثى	(١٠٠)
الحالة الإجتماعية :	(١٠٠)
الديانة : مسلم/مسيحي/أخرى	(١٠٠)

استبار عن تعاطي المخدرات والكحوليات (درجات الثبات لبنود الاستبار)

	ن ف ٪
١ ـ هل تدخن بانتظام؟ نعم ( ) لا ( )	٩٥
٢ ـ كم سيجارة يومياً؟ العدد ( )	٨٨
٣ ـ هل تستطيع التوقف عن التدخين؟ نعم ( ) لا ( )	٨٧
٤ ـ هل تتعاطي المخدرات نعم ( ) لا ( )	٨٨
٥ ـ منى بدأت تعاطي المخدرات تقريباً؟	٨٧
منذ أقل من سنة ( ) منذ سنة ( ) منذ سنتين ( )	٨٨
منذ ٣ سنوات ( ) منذ ٤ سنوات ( )	
منذ خمس سنوات أو أكثر ( )	

٦ ـ ما هي الأسباب التي دفعتك للتعاطي لأول مرة؟ ٧٨

١ ـ الفرفشة والرغبة في الإنبساط ( )

٢ ـ للتداوي أو للعلاج من المرض ( )

٣ ـ بسبب المشاكل والمتاعب النفسية والإجتماعية ( )

٤ ـ تقليد أو مشاركة الأصدقاء أو الأهل ( )

٥ ـ المشاركة في المناسبات والحفلات الإجتماعية ( )

٦ ـ حب الاستطلاع والرغبة في تجربة شيء جديد ( )

أسباب أخرى هي ١ ـ . . . . ٢ ـ . . . . ٣ ـ . . . .

٧ ـ ما هي الأسباب التي تدفعك عادة للتعاطي؟ ٨٥

١ ـ الفرفشة والانبساط ٢ ـ العلاج

٣ ـ بسبب المشاكل والهموم ٤ ـ لمشاركة الأصدقاء

٥ ـ في الحفلات والمناسبات

أسباب أخرى هي: ١ ـ . . . . ٢ ـ . . . . ٣ ـ . . . .

٨ ـ ما هي العقاقير التي تتعاطاها بشكل منتظم؟ ٩١

عدد مرات التعاطي

العقار	لا	نعم	عدد	يومياً	أسبوعياً	شهرياً
عقاقير منومة						
عقاقير مهدئة						
عقاقير منشطة						
كحوليات (خمور)						
كحوليات (بيرة)						
أفيـون						
حشيـش						
عقاقير أخرى هي:						

تذكر . . . . %

٩ ـ هل سبق لك التوقف عن التعاطي؟ نعم ( ) لا ( ) ٩٥

١٠ ـ في حالة التوقف لماذا؟ ٨٩

١ ـ (علاج) . . . ٢ ـ (نصيحة) . . . ٣ ـ (رغبة شخصية) . . .

٤ ـ (مرض) . . . ٥ ـ (بسبب العقوبة القانونية) . . . .

أسباب أخرى ١ ـ . . . . ٢ ـ . . . . ٣ ـ . . . .

١١ ـ هل عدت للتعاطي بعد أن توقفت؟ نعم ( ) لا ( ) ٩٣

١٢ ـ ما هو سبب العودة للتعاطي؟ ٩٤

١ ـ مشكلات الحياة ٢ ـ علاج ٣ ـ إغراء من الآخرين ٤ ـ رغبة شخصية

٥ ـ سبب آخر هو . . . .

١٣ ـ هل لك أصدقاء يتعاطون المخدرات أو الحكوليات بدون أمر الطبيب؟

نعم ( ) لا ( ) ٨٩

١٤ ـ هل لك أقارب يتعاطون المخدرات بدو أمر الطبيب؟

نعم ( ) لا ( ) ٨١

من هم ١ ـ والد ٢ ـ أم ٣ ـ أخ

٤ ـ أخت ٥ ـ خال أو عم ٦ ـ آخرون . . . . . .

١٥ ـ هل تحدث مشكلات بسبب التعاطي؟ نعم ( ) لا ( ) ٨٨

١٦ ـ في حالة حدوث ذلك ما هي؟ ٨٩

١ ـ (عائلية) ٢ ـ (مع الزوجة) ٣ ـ (الأبناء) ٤ ـ (مع الرؤساء)

٥ ـ (الزملاء) ٦ ـ (ضد القانون)

١٧ ـ هل حدث هذا بالفعل لك؟ نعم ( ) لا ( ) ٩٥

وماذا حدث ١ ـ حادثة ٢ ـ مخالفة ٣ ـ شجار ٤ ـ مشكلة

١٨ ـ يرى البعض أن المخدرات مفيدة ، والبعض الآخر يرى أنها مضرة .

فما هو رأيك الشخصي؟ ٩٦

(مفيدة) (ضارة)

١٩ ـ ما هي أضرار تعاطي المخدرات في نظرك؟ ٩٢٪

المتغيرات	غير ضار	ضارة بدرجة ضعيفة	متوسطة	شديدة
١ ـ تعب في النظر				
٢ ـ تعب في السمع				
٣ ـ ضعف في الفهم والتركيز				
٤ ـ اضطراب التفكير والهلوسة والإحساسات الخاطئة				
٥ ـ ضعف في التذكر				
٦ ـ قلق في الندم				
٧ ـ ضعف في العمل والانتاج				
٨ ـ ضعف في الزواج والجنس				
٩ ـ سـوء الأخـلاق				
١٠ ـ اضطراب العلاقات في العمل				
١١ ـ تدهور العلاقات العائلية				

١٠ ـ ما هي في نظرك أحسن الوسائل التي تحارب بها تعاطي المخدرات؟ ٨٦٪

١ ـ الوعظ والارشاد نعم( ) لا ( )

٢ ـ الاعلام والتثقيف بواسطة الإذاعة والتفلزيون والصحف

نعم( ) لا ( )

٣ ـ العبادة وتقوى الله وتقوية الأخلاق نعم( ) لا ( )

٤ ـ العقاب الشديد للمتعاطين نعم( ) لا ( )

٥ ـ العقاب الشديد للتجار والموردين للمخدرات والخمور

نعم( ) لا ( )

٦ ـ تنوير الطلاب في المدارس والجامعات نعم( ) لا ( )

٧ ـ التنشئة الاجتماعية في الأسرة ( ) نعم لا ( )

٨ ـ إعداد الأماكن المناسبة لقضاء وقت الفراغ نعم ( ) لا ( )

٩ ـ مراقبة الحدود والجمارك نعم ( ) لا ( )

١٠ ـ التفتيش المستمر والرقابة على الأماكن المشبوهة نعم ( ) لا ( )

١ ـ ما هو المصدر الذي تحصل منه على المخدرات (أو الكحوليات)؟ ٨٨٪

١ ـ زميل ٢ ـ تاجر ٣ ـ قريب ٤ ـ صديق ٥ ـ موظف في الجمارك

٦ ـ مصدر آخر هو . . . .

المراجع

أ - المراجع العربية

- بلال ، علي مصطفى (١٩٨٤)، دراسة مستقبلية للمرضى الذين يتعالجون من مشاكل الإدمان ، ندوة بحوث المسكرات والمخدرات برعاية مجلس وزراء صحة الخليج، هيلتون الكويت فبراير سنة ١٩٨٤ .
- تركي ، مصطفى أحمد (١٩٨٦) دراسات في علم نفس الجريمة ، دار القلم ، الكويت .
- حنورة، مصري ، سويف ، مصطفى ، السيد ، عبد الحليم ، درويش زين ، (١٩٨٠) الجانب المنهجي في اجراء البحوث الوبائية لتعاطي المخدرات ، مؤتمر دور المجتمع في علاج مشكلة المخدرات ، الأقصر ٢١ - ٢٣ مارس ١٩٨٠. (أ)
- حنورة ، مصري ، طاهر ، مصطفى ، رزق ، الشرقاوي ، مجدي ، بسيوني ، مجدي (١٩٨٠ ب) الجانب الوقائي في مشكلة تعاطي المخدرات ، دراسة قدمت للحلقة الدراسية السادسة عشر بالإدارة العامة لمكافحة المخدرات بالقاهرة ديسمبر ١٩٨٠ . (ب)
- حنورة ، مصري (١٩٨٣) اتجاهات طلاب الجامعة نحو تعاطي المخدرات وأساليب مكافحتها ، تقرير مبدئي قدم إلى المؤتمر الإقليمي الثاني لإدمان المخدرات أسيوط يناير ١٩٨٢ .
- حنورة ، مصري (١٩٨٣) بعض أبعاد مشكلة تعاطي المخدرات والكحوليات بين طلاب الجامعة بمصر ، دراسة نفسية اجتماعية « المجلة التربوية » (ج الكويت) ١٠ ، ٣ ، ٤٤ - ٧٦ .

- غالي ، محمد أحمد (١٩٨٠) سيكولوجية الإدمان والمدمنين - جامعة الكويت ، منشورات جمعية الدراسات الفلسفية ، النفسية والإجتماعية .
- فرج ، صفوت (١٩٨٠) التحليل العاملي ، دار الفكر العربي القاهرة .
- الفرحان ، عبد الله سعيد (١٩٨٥) الكويت والجهود الدولية لمكافحة المخدرات ، دولة الكويت ، وزارة الداخلية .
- كمر ، صالح الشيخ (١٩٨٥) الإدمان على الكحول ، منشورات وزارة الثقافة والإعلام ، الجمهورية العراقية ، السلسلة العلمية (٢٥) بغداد .
- مصقر ، عبد الرحمن (١٩٨٥) الشباب والمخدرات في دول الخليج العربي ، شركة الربيعان للنشر والتوزيع ، الكويت .
- مرسي ، كمال إبراهيم (١٩٧٩) القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- هيئة بحث تعاطي الحشيش (١٩٦٠) تعاطي الحشيش التقرير الأول ، منشورات المركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية ، دار المعارف القاهرة .
- هيئة بحث تعاطي الحشيش (١٩٦٤) تعاطي الحشيش التقرير الثاني ، منشورات المركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية القاهرة .
- الهواري ، محمد محمود (١٩٨٧) المخدرات من القلق إلى الاستعباد ، كتاب الأمة رئاسة المحاكم الشرعية والشؤون الدينية ، دولة قطر .

ب - المراجع الأجنبية

- Adluf, E.M. & Smart, R. C. (1983) Risk taking and drug behavior; An examination, Drug & Alchol Dependence, 11, 287-296.
- Bilal, A. M. & Elislam, M.F. (1905) Some Clinical and behavioral Aspects of patients with Alchol dependence problems in Kuwawait, Psychiatric Hospital, Alchool & Alcholism, p. 20, 1, 57- 62.
- Buckman, J (1971) Social and medical aspects of illicit use of Lsd, Intern. J. Soc. Psychol., 17, 3, 163- 176.
- Camps, F. E. (1970) Drugs of Dependence: A social and Pharmachological Problems, Intern J. Addic. 5, 131- 158.
- Carlin, A.S. and post, R.d. (1974) Drug use and achievement, Intern. J. Addic. 8, 3, 401- 410.
- Castano, R. (1985) Two version of dependence: D.S.M. 111 and the Alchool dependence Syndrome, 15, 81- 103.
- Chopra C.S. (1972) Sociological and Economic aspects of Drug Dependence in India, Intern Addic. 7, 1 57- 63.
- Cohen, K. (1972) Multiple Drug use considered in the light of the stepping stone hypothesis, (Memeographed).
- Cooper, B. & Shepherd, M. (1973) Epidemiology and abnormal psychology (In: eysenck, 1973, pp. 34- 66).
- De Renzi, E.; Fagillioni, P.N. & Pignattari, L. (1984) Intellectual and memory Impairment In moderate and Heavy Dripkers, Cortex, 20, 525- 533.
- Edwards, G. Arif (1980) Drug problem in the sociocultural Context WHO, Geneva.

- Ellinwood, K. and rockwell, w.j.k. (1975) Effect of drug use on sexual behavior, Med. Asp. Hum. Beh. March, 10- 32.
- Eysneck, H. ed. (1973) Hand Book of abnormal psychology, pitnan, London.
- Eysenck, H. & Eysneck, S.B.C. (1975) Manual of the Eysneck Personality Questionnaire (Junior & Adult) Hodder and Stoughton, London.
- Galizio, M. & Maisto, S.A. (1983) Determinants of substances abuse, Plenum press New York and London.
- Garret, M. (1971) Statistics in Psychology and Education, vakils, Bombay.
- Gibbens, t.c.m (1972) Drink, Drugs and delinquency, Med. Soc. law, 2, 4, 252- 257. J.
- Gilber, J. (1970) Drugs in memory improvement in normal aging, psychophar. Bull. 6, 21.
- Gossop, M. (1978) Drug dependence, Crime and personality among female addicts, Drug and Alchool Dependence, 359- 364.
- Hare, E.H. (1952) The ecology of mental disease. J. Ment. Sci. 98, 579- 594 (through, cooper & Shepherd, 1973).
- Kalant, H.C. (1983) Observations on A decade of Alchol and Drug dependences research, Drug and Alchol Dependence 11, 3- 8.
- Kelly, M.G. And sanumon, F. (1975) some characteristics of Drug abusers attending a drug treatment center, J. Irish Med. Assoc., 68, 5, 121- 123.
- Leavell, H.R. & Clark, E.C. (1953) Textbook of preventive Medicine, Mgraw-Hill, New York. (through: cooper & Shepherd, 1973).
- Lugman, W. & Danewski, T.S. (1976) The use of thast (catha a edulis) in Vemen, Social and Medical observation, Ann. Intern Meecine, 85, 246- 249.
- Lewis, A. (1968) «A review of the international clinical literature». Cannabis: report by the advisory Committee on drug dependence, London: H.M.S.O., 1968.
- Mc Glothlic, W.H.; Arnold, D.O.; Rowan, P.K. (1970) Mari-

juane use among Adults, psychiatry, 33, 4, 433- 443.

- Mcnance, m.b.: Marin, s.m. Kuehnle, j.c. and mayer, R.N. (1976) Affective changes in chronic opiate use, Br. J. Addics. Vol. 71, pp. 275- 280.
- Morris, J.N. (1957) Uses of epidemiology, Levingstene Edinburgh.
- National Health Drug Abuse. U.S.A. (1977) Drug Abuse prevention for your community, Rockville, Mary land 20857.
- Norman, R.N. (1973) Alienation and student drug use, Intern. J. Addic, 8, 2 pp. 325- 331.
- Pogrebinski, S.A. (1982) Effect of Chronic Alchol intoxication on temporal parameters of the process of motor command organization and on intermispheric functional relations in Humans, ZV. Vyssh. Nerv. Deyat. Pavlov, 32 (4): 741- 743.
- Pugliese, A. (1973) The effects of drugs on learning and memory Intern J. Add, 8, 4, 643- 656.
- Reid, D.D. (1960) Epidemiological methods in the study of mental disorder, (wrl. Hlth. pap. No. 2) Geneva.
- Richek, m. Angle J.F. Mc dams w.s. and D'Anglo, J. (1975) Personality Menatl Health correlates of drug use by high school students, J. Ner. Men. Disease, 160, 6, 435- 442.
- Smart, R.C. Fejer, D. & White, J. (1971) The extent of drug use in metropolitan Toronto schools, Addications, 18, 1, 1- 17.
- Soueif, M.I. (1980) Cannabis views based on some clusters of findings, (Menographed).
- Soueif, M.I. (1976), Some determinats of psychological deficts associated with chronic cannabis consumption, Bulletin on Narcotics XVIII: 1, 25- 42.
- Soueif, M.I. (1971) The use of cannabis in Egypt., A behavioral study, Bull. Narc. (1976) XXIII: 4, 17- 28.
- Soueif, M.I. (1967) Hashesh consumption in Egpt with special aspects, Bull. Narc., XIx, 2, 1- 12.
- Soueif, M.I. El-Sayed, A.M.; Darweesh, Z.; Hannourah, (1982) the extent of nonmedical use of psychoactive substances among secondary school students in greater Cairo, Drug and Alchol Dependence, 9, 15- 41.

- Soueif, M.I. El-Sayed, A.M.; Darweesh, Z. Hannourah, M.A. (1980) The Egyptian study of chronic Cannabis Consumption. NCSCR, Cairo.

- Soueif, M.I., El-Sayed, A.M. Hannourah, M.A.; Darweesh, Z. & Younis, F.A. (1988) Drug Abuse in Egypt. NCSCR, Cairo, Egypt.

- Soueif, M.I., El-Sayed, A.M.; Hannourah, M.A.; Darweesh, Z.A. (1980) The non medical use of psychoactive substances among male secondary school students in Egypt: An epidemological study, Drug an Alchol dependence, 5, 235- 238.

- Tinklinberg, J.B. Melges, F.T. Mollister, L.E. and Gillespie, N.K. (1970) Marijuana and immediate memory, Nature 226- 1171.

- Valdman, A.V. & Zvartau, E.E. (1982) Systems of Reinforcement and drug dependence, Drug & Alchol dependence, 295- 301.

- Valdman, A.V. (ed) (1986) Drug Dependence and emotional behavior, (translated by: Sandler, L.R. & Sandler, M.) Consultant Bureau, New York and London.

- Valdman, A.V. & Evartau, E.E. (1982) Systems of renforcement and Drug dependence, Drug and Alchol Dependence 10, 295- 301,

- Wekowis, T. & Janson, D. (1973) Cogintive functions, Personality traits and social values in heavy marijuana smokers and non control, J. Abner Psych. 813, 246- 269.

- WHO Expert Committe on drug dependence (1976); Technical Rep. Ser. No. 618, WHO, Geneva.

- Who Expert Committe on drug dependence (1975) Tech. Rep. Ser. No. 577, WHO, Geneva.

- Who Expert Committee on drug dependence (1973), Tech. Rep. Ser. No. 526, WHO, Geneva.

- Woods, Geraldine (1986) Drug use and Drug abuse, Franklin Watts, New York.

- Woody, G. (1970) Visual disterbances experienced by hallucinagenic drug abusers while driving, Amer, Psych., 127, 5, 143-146.

- Zec, L. (1972) Staccatta syndrome as consequence of drug abuse, Intern. Pharm., 7, 101- 104.

نبذة عن المؤلف

- من مواليد البحيرة بجمهورية مصر العربية .
- حصل على الليسانس والماجستير والدكتوراه (مع مرتبة الشرف الأولى) من كلية الآداب بجامعة القاهرة .
- عمل عضواً بهيئة التدريس بقسم علم النفس بكلية الآداب بجامعة الكويت منذ سبتمبر ١٩٨٣ حتى سبتمبر ١٩٨٨ .
- عمل عضواً بهيئة بحث تعاطي الحشيش بمصر من سنة ١٩٦٥ وحتى سنة ١٩٧٥ .
- عمل عضواً بالهيئة الأساسية للبرنامج الدائم لبحوث المخدرات بمصر (المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية) من سنة ١٩٧٥ حتى سنة ١٩٨٣ تاريخ التحاقه بجامعة الكويت .
- عضو جمعية علم النفس الأمريكية .
- عضو جمعية علم النفس المصرية .
- عضو رابطة المتخصصين النفسيين المصريين .
- عضو اتحاد كتاب مصر .
- نشر العديد من البحوث والدراسات في مجال الإبداع والتذوق الفني وسلوكيات تعاطي المخدرات والكحوليات ، كما شارك في العديد من المؤتمرات التي اهتمت بهذه الجوانب .
- حصل على جائزة الدولة التشجيعية ونوط الإمتياز من الطبقة الأولى سنة ١٩٨٨ بجمهورية مصر العربية .
- يعمل حاليا عميد كلية الآداب بجامعة المنيا بجمهورية مصر العربية .

